

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Ansiedad y depresión en padres cuyos hijos presentan quemaduras”

Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica.

Autor: Lady Mariela Cuasapaz Bejarano

Tutor: Dr. Lino Patricio Jácome Salazar

Quito – 2012

FICHA CATALOGRAFICA

C

0422

C891 Cuasapaz Bejarano, Lady Mariela

Ansiedad y depresión en padres cuyos hijos
presentan quemaduras / Lady Mariela Cuasapaz
Bejarano.-- Informe final del Trabajo de Titulación,
previo la obtención de título de Psicóloga Clínica. --
Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de
Ciencias Psicológicas, 2012.

169 p.: tablas, gráficos.

Tutor: Jácome Salazar, Lino Patricio

AGRADECIMIENTO

- ✚ A mis padres por demostrarme constantemente su infinito amor, su confianza, su fe y por todo el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida en el cumplimiento de mis sueños y mis metas.
- ✚ A mi esposo por apoyarme incondicionalmente, amarme, respetarme y brindarme su mano solidaria y amiga cuando más lo necesite, con su amor contante *gracias amor mío*.
- ✚ A mis hijos por entender y comprender la falta de tiempo para ellos, y por cada momento lleno de felicidad del que he sido participe. Mi amor por ustedes siempre será el principal motor que guie mi vida.
- ✚ A mis hermanos Henry, Edgar y Fernando por estar siempre a mi lado y apoyarme en todo momento, con sus consejos y constante preocupación para que alcance siempre mis metas propuestas.
- ✚ A mi querido Tutor y amigo el Dr. Patricio Jácome por guiarme con paciencia y sabiduría a lo largo de este mi último pasó hacia el principio de nuevas metas.
- ✚ A mí querida compañera de lucha y amiga incondicional Carol, que siempre ha estado a mi lado compartiendo alegrías y tristezas, y que ahora estamos concluyendo este sueño como en un principio *juntas*. Gracias querida amiga por haber entrado en mi vida.

✚ Lady Mariela

“Dar produce más felicidad que recibir, no porque sea una privación, sino porque en el acto de dar está la expresión de mi vitalidad”

Erich Fromm

DEDICATORIA

Toda mi vida cambio cuando los vi por primera vez y entendí que mi vida entera estaría dedicada para ustedes y por ustedes, y que ningún esfuerzo será en vano, es por esta razón que este trabajo está dedicado para los dos motores de mi vida Santiago y Richard mis amados hijos.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 5 de marzo del 2013

Yo **Lady Mariela Cuasapaz Bejarano**, autora de la investigación, con cedula de ciudadanía N° **1717514929**, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Titulación:

“Ansiedad y depresión en padres cuyos hijos presentan quemaduras”

Es original y de mi autoría; de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,



Lady Mariela Cuasapaz Bejarano
CI: 1717514929

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, LADY MARIELA CUASAPAZ BEJARANO, con cédula de identidad no. 1717514929, en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre ***“Ansiedad y depresión en padres cuyos hijos presentan quemaduras”***, por medio de la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirá vigente a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8; 19 y demás pertinentes de la ley de propiedad intelectual y su reglamento

Quito, a los 5 días del mes de marzo del 2013



Lady Mariela Cuasapaz Bejarano

Cédula: 1717514929

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de investigación sobre Psicología Clínica, Psicofisiología, específicamente Emociones Negativas. El objetivo fundamental es identificar el desarrollo de trastorno ansioso-depresivo de padres de niños quemados y su relación con estilos de personalidad. La afectación psíquica de los padres motiva a probar, que cuanto mayor es la quemadura de los niños, los padres desarrollan un trastorno ansioso depresivo; su tipo de personalidad influye en el trastorno ansioso-depresivo. Se explica teóricamente con el modelo integrativo focalizado en la personalidad de Balarezo Ch., considera al individuo y la relación con el medio, para determinar características y desarrollo de alguna patología; tratado en seis capítulos: ansiedad, depresión, personalidad, vínculos afectivos, accidentes infantiles y quemaduras. Investigación explicativa, correlacional no experimental, con método deductivo. A cincuenta y cinco padres de estos niños, se ha evaluado trastornos ansiosos, depresivos y personalidad. Los resultados revelan que el noventa y tres por ciento, presentan cuadro mixto de depresión y estilos de personalidad afectiva son más proclives a cuadros ansioso-depresivos. Una intervención emergente al ingreso hospitalario, disminuiría dicha sintomatología

CATEGORÍAS TEMÁTICAS

PRIMARIA: PSICOLOGÍA CLÍNICA
PSICOFISIOLOGÍA

SECUNDARIA: MEDICINA DE URGENCIAS
EMOCIONES

DESCRIPTORES:

QUEMADURAS – ANSIEDAD Y DEPRESION
SEAPSI – TEST DE PERSONALIDAD
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN – TEST DE GOLBERG
HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ

DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:

SIERRA – PICHINCHA - QUITO

SUMMARY DOCUMENTARY

Research work on Clinical Psychology, psychophysiology, specifically negative emotions. The fundamental objective is to identify the development of disorder anxiety-depression of parents of children burned and their relationship to personality styles. The affectation of the psychic motivates parents to prove, that the higher the burn of the children, parents are developing a depressive disorder anxious; his personality type influences the disorder anxiety-depression. Your personality type influences the disorder anxiety-depression. Explained theoretically with the integrative model focused on the personality of Balarezo Ch., considers the individual and the relationship with the environment to determine the characteristics and development of any pathology; treaty in six chapters: anxiety, depression, personality, emotional ties, childhood accidents and burns. Explanatory Research non-experimental, correlational, with deductive method. Fifty-five parents of these children, has been assessed anxiety disorders, depression and personality. The results reveal that the ninety-three percent, presented mixed box of depression and emotional personality styles are more prone to tables anxious-depressive. A pop-up intervention at hospital admission, would diminish the symptoms

THEMATIC CATEGORIES

PRIMARY: CLINICAL PSYCHOLOGY
PSICOFISIOLOGÍA:

SECONDARY: MEDICINE OF URGENCIES
THRILL

DESCRIBERS:

BURNS - ANXIETY AND DEPRESSION
SEAPSI - PERSONALITY TEST
ANSIEDAD AND DEPRESSION - GOLBERG's TEST
PAEDIATRIC HOSPITAL BACA ORTIZ

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:

SIERRA-PICHINCHA-QUITO

TABLA DE CONTENIDOS

A: PRELIMINARES

AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA	IV
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	V
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA	VI
RESUMEN DOCUMENTAL.....	VII
SUMMARY DOCUMENTARY	VIII
TABLA DE CONTENIDOS.....	IX
TABLA DE CUADROS	XIV
TABLA DE ILUSTRACIONES.....	XVII

B: INFORME DE TRABAJO DE GRADO

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	2
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
MARCO TEORICO.....	5
CAPÍTULO 1	5
ANSIEDAD	5
1.2. ETIOLOGÍA.	5
1.3. ANSIEDAD NORMAL.	6
1.4. ANSIEDAD PATOLÓGICA.....	7
1.5. TIPOS DE ANSIEDAD.	7
1.5.1. AGORAFOBIA.	7
1.5.2. FOBIA ESPECÍFICA.....	7
1.5.3. FOBIA SOCIAL.	8

1.5.4. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	8
1.5.5. ESTRÉS POST TRAUMÁTICO.	8
1.5.6. ESTRÉS AGUDO.	9
1.5.7. ANSIEDAD GENERALIZADA.....	9
1.5.8. TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADA.	9
1.5.9. CRISIS DE ANGUSTIA.....	9
1.5.9.1. SÍNTOMAS VEGETATIVOS DE LA CRISIS DE ANGUSTIA.	10
1.5.10. TRASTORNO DE ANGUSTIA.	10
1.6. DIFERENCIACIÓN DIAGNÓSTICA.	10
CAPÍTULO 2.....	12
DEPRESIÓN.....	12
2.1. DEFINICIÓN.	12
2.1.1. ETIOLOGÍA:	12
2.2. TIPOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	13
2.2.1. EPISODIOS DEPRESIVOS.	13
2.2.1.1. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.	13
2.2.1.2. EPISODIO DEPRESIVO MANIACO.	14
2.2.1.3. EPISODIO DEPRESIVO MIXTO.	14
2.2.1.4.- EPISODIO DEPRESIVO HIPOMANIACO.....	14
2.2.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.	15
2.2.2.1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.	15
2.2.2.2. TRASTORNO DISTÍMICO.	15
2.2.2.3. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.	16
CAPÍTULO 3.....	17
PERSONALIDAD.....	17
3.1. DEFINICIÓN.	17
3.2. TIPOS DE PERSONALIDADES.	17
3.2.1. AFECTIVAS.....	18
3.2.1.1. HISTRIÓNICAS.....	18
3.2.1.2. CICLOTÍMICAS.	18
3.2.2. COGNITIVAS.	18
3.2.2.1. ANANCÁSTICOS.	18
3.2.2.2. PARANOIDES.....	19
3.2.3. COMPORTAMENTAL.....	19
3.2.3.1. PERSONALIDAD IMPULSIVA.....	19
3.2.3.2. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DISOCIAL.....	19

3.2.4. DÉFICIT RELACIONAL.....	20
3.2.4.1. ESQUIZOIDES.	20
3.2.4.2. DEPENDIENTES.	20
3.2.4.3. EVITATIVAS.	21
3.2.5. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	21
3.2.6. EVALUACIÓN DE LOS TIPOS DE PERSONALIDADES.....	22
CAPÍTULO 4	28
VÍNCULOS AFECTIVOS.....	28
4.1. VÍNCULO; CONCEPTO.....	28
4.1.1. VÍNCULOS PRIMARIOS.....	28
4.1.2. VÍNCULOS SECUNDARIOS	28
4.1.3. DOBLE VÍNCULO	28
4.2. APEGO.....	29
4.2.1. TIPOS DE APEGO	29
4.2.1.1. SEGURO	29
4.2.1.2. INSEGURO	29
4.2.1.3. AMBIVALENTE.....	29
4.2.1. 4. EVITATIVO	30
4.2.1.5. DESORGANIZADO.....	30
CAPÍTULO 5	31
ACCIDENTES INFANTILES	31
5.1. FACTORES DE RIESGOS DE ACCIDENTES DE NIÑOS.	31
CAPÍTULO 6	32
QUEMADURAS.....	32
6.1. CONCEPTOS	32
6.2. FISIOPATOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS.....	32
6.2.1. FISIOPATOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS TÉRMICAS	32
6.2.1.1. EFECTOS LOCALES	33
6.2.2. EFECTOS SISTÉMICOS.....	34
6.2.2.1.- RESPUESTA DE SISTEMAS ESPECÍFICOS.....	34
6.2.2.1.1.- CARDIOVASCULAR	34
6.2.2.1.2. PULMONAR	35
6.2.2.1.3. METABÓLICAS ENDÓCRINAS	38
6.2.2.1.4. SISTEMA SANGUÍNEO	40
6.2.2.1.5.- GASTROINTESTINAL	41

6.2.2.1.6. SISTEMA INMUNE	42
6.2.2.1.7.- RENAL	43
6.2.2. FISIOPATOLOGÍA DE QUEMADURAS DE DIVERSA ETIOLOGÍA	43
6.2.2.1. QUEMADURA POR ELECTRICIDAD	43
6.2.2.2. QUEMADURAS QUÍMICAS	47
6.2.2.3 QUEMADURAS POR LÍQUIDO HIRVIENTE	49
6.2.2.4. QUEMADURAS POR FUEGO DIRECTO	50
6.3. GRADO DE QUEMADURAS.....	51
6.3.1. PRIMER GRADO	51
6.3.2. SEGUNDO GRADO	52
6.3.2. TERCER GRADO	53
6.3.3. CUARTO GRADO	54
MARCO METODOLÓGICO	57
HIPÓTESIS.....	57
HIPÓTESIS 1.....	57
HIPÓTESIS 2.....	57
MATRIZ DE VARIABLES.	58
HIPÓTESIS 1.....	58
HIPÓTESIS 2.....	59
DEFINICIONES OPERACIONALES	60
ANSIEDAD:.....	60
DEPRESIÓN:.....	60
VÍNCULO:	60
PERSONALIDAD:	60
QUEMADURAS:	60
TIPO DE INVESTIGACIÓN	61
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	61
DISEÑO CUALI - CUANTITATIVO	61
POBLACIÓN Y MUESTRA	61
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN O MUESTRA	61
DISEÑO DE LA MUESTRA	61
TAMAÑO DE LA MUESTRA	61
TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN	61
ENCUESTA ELABORADA.....	62
TEST DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG	62
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE LA SEAPSI.....	62

ENCUESTA ELABORADA	63
ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG.....	63
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI.....	64
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	66
ANÁLISIS DE RESULTADOS	67
Análisis y discusión de resultados.....	113
Comprobación de las hipótesis.....	113
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES	116
C: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
TANGIBLES.....	118
VIRTUALES.....	119
ANEXOS.....	121
ANEXO A: PLAN APROBADO.....	121
PLAN DE PROYECTO DE INVETIGACION.....	121
ANEXO B: GLOSARIO TÉCNICO.....	134
ANEXO C: PRUEBAS PSICOLÓGICAS.....	140
C1: TEST DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG	140
C2: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI	143
ANEXO D: ENCUESTA ELABORADA	146
ANEXO E: FOTOGRAFÍAS	148

INTRODUCCION

Los sucesos vitales pueden ser de diversa índole, por ejemplo, un accidente, el cambio de ciudad, empleo, muerte de un ser querido, etc. de los cuales existen un sin número de investigaciones que refieren un agente causal directo en la persona para el desarrollo de un trastorno depresivo, ansioso o mixto, pero qué pasa cuando la integridad de un hijo se ve comprometida, las reacciones de los padres son diferentes ya que no pueden saber qué es lo que siente los niños como vivencia propia.

En el proceso normal de crecimiento un niño puede atravesar por varios accidentes como caídas, golpes, heridas, cirugías y en ocasiones estos requieren atención médica y hospitalización, con más razón cuando el pequeño se ve implicado en una quemadura; tomando en cuenta que son lesiones profundas, causadas por el contacto con un agente térmico (fuego, vapor, líquido hirviente, sustancias o líquidos calientes), químicos, corriente eléctrica, frío, agentes biológicos y ondas electromagnéticas; y que la mayoría de los hechos “accidentales” se producen en los hogares por negligencia en el cuidado de los padre hacia sus hijos.

La morbilidad y la mortalidad relacionados con este tipo de lesiones constituye un grave problema de salud pública en el Ecuador, los grupos más vulnerables en las quemaduras son los niños. Un padre que se siente culpable en el accidente de su hijo, genera ideas irracionales que dan como resultado altos niveles de ansiedad y estados depresivos los mismos que pueden transformarse en un procesos patológico, a esto hay que agregarle el tipo de personalidad de los padres que puede ser un factor determinante en el desarrollo de un trastorno depresivo, ansioso o mixto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Desarrollo de trastornos ansiosos, depresivos y cuadros mixtos en padres cuyos hijos se encuentran ingresados en la unidad de quemaduras con el diagnóstico de quemaduras superficiales y profundas del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito.

Formulación del problema

Existen varios factores que pueden incidir en el desarrollo de un trastorno ansioso o mixto en los padres de los niños que presentan quemaduras, debido a que el medio hospitalario en esta área es diferente a las demás, ya que los pacientes se encuentran aislados por la gravedad de su diagnóstico, lo que impide la cercanía de los padres con los niños, las visitas se las realiza dos veces a la semana y es a través de un cristal por lo que no se pueden comunicar de manera verbal y lo tienen que hacer por medio de señas.

Es para los padres frustrante, el hecho de ver a su hijo en esta condición y no poder hacer mucho por el menor, la presencia permanente de los padres es una solicitud del personal médico porque constantemente salen a dar un informe de los pacientes pero no existe una hora fija. Muchas de las veces tienen más hijos de menor edad que él, impidiendo atenderlos adecuadamente por la solicitud de su presencia en el hospital.

La condición de los padres empeora cada día porque la recuperación de estos niños tiene que ser de manera casi total o total para evitar la contaminación de las heridas permaneciendo largo tiempo hospitalizados. Es importante mencionar que el afrontamiento de los problemas y el tipo de personalidad van a influir en el desarrollo o formación de un trastorno.

Preguntas de investigación

- ¿Qué relación guardan la gravedad de las quemaduras con la formación de un trastorno ansioso o mixto en los padres de estos niños?
- ¿Cómo influye el tipo de personalidad en los padres del niño con quemaduras, para el desarrollo de una patología ansiosa?

OBJETIVOS

Objetivo general.

- Identificar los niveles de ansiedad que se generan en los padres de los niños con quemaduras, la relación que guarda con los estilos de personalidad y cuántos de estos presenta un trastorno de ansiedad o mixto debido a la condición médica de su hijo (quemaduras).

Objetivos específicos.

- Determinar los niveles de ansiedad, depresión o cuadros mixtos de los padres de los niños con quemaduras.
- Establecer cuántos de los padres han generado, un trastorno ansioso, depresivo o mixto.
- Identificar la correlación existente entre la condición médica (grado de quemadura) de los niños en relación a la presencia de un trastorno de ansiedad en los padres.
- Establecer la relación entre el tipo de personalidad y la presencia de un trastorno de ansiedad o depresión de los padres cuyos hijos presentan quemaduras.

JUSTIFICACION

Cuando una persona ha sufrido un trauma de vital importancia es más propensa a desarrollar ansiedad y posteriormente un trastorno de ansiedad. Tomando en cuenta que más del 15% de la población general llega a sufrir alguna vez, a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad. A nivel mundial, los trastornos de ansiedad tienen alta prevalencia más en mujeres (19,5%) que en hombres (8%). En América Latina, la depresión es concurrente con los trastornos de ansiedad y el 20 a 65% de las personas con ansiedad también se sienten deprimidas. Además, el 9% de las personas con depresión tiene al menos un síntoma de ansiedad, el 29% comunicó ataques de pánico y el 42% manifestó ansiedad somática.

Es importante mencionar que las cifras de incidencia y prevalencia varían, demuestran que alrededor del 10% de la población está o llegará a estar deprimida, pero las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres por los cambios hormonales, todos estos datos epidemiológicos dan cuenta que siempre para determinar un trastorno de ansiedad o depresión la causal será directa hacia el afectado, en este caso es necesario establecer qué pasa si se suma que los padres de estos niño presenta condiciones anexas que demuestran que a nivel mundial casi un 50% de casos de quemaduras se presentan en pacientes menores de 20 años de los cuales un 40% se ubican entre los 4 y 13 años de edad y en un 95% la mayoría de los hechos se producen en hogares ante la falta de precaución de los adultos para mantener alejados a los niños de los posibles agentes causales que son manejados y almacenados inadecuadamente.

MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1

ANSIEDAD

1.1. Definición.

“Es un sentimiento subjetivo que implica la presencia de aprensión, inquietud, tensión, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de una anticipación indefinida de un peligro no aclarado u objetivo, miedo ante la nada, en contraposición al miedo ante un peligro o amenaza real”, (De la Gándara, 1999, p. 48). Según la teoría psicodinámica, la angustia es más que un proceso biológico o una respuesta del organismo ante la sobreexcitación que provienen del impulso sexual. La ansiedad procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, ello donde los instintos inaceptables para el sujeto desencadenaría un estado ansiosos.

1.2. Etiología.

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, *“los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad”*, (PSICOMED).

La ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.

Ampliando la definición, es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

Torres, (1999), afirma:

La ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral. (p. 51).

Es importante mencionar que el desarrollo de los trastornos de ansiedad se vincula a un proceso directamente relacionado las formas de afrontamiento que determina la manera de resolver cualquier situación que pueda poner en peligro al sujeto, esto acerca a los diferentes tipos para establecer un desarrollo mucho más rápido y evidente ante un trastorno de ansiedad.

1.3. Ansiedad Normal.

“La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno” (Sánchez, 1999, p. 123). En algún momento del desarrollo evolutivo de la personas han experimentado la necesidad de protección de la madre hacia el niño, por medio de una respuesta de ansiedad frente a diversas situaciones que representen peligro hacia el infante, este sentimiento es percibido por el niño, como una forma de acción efectiva para salvaguardar su integridad, de este modo que el niño sienta los latidos cardiacos acelerados, la hiperventilación, sudoraciones, temblores, etc. le indican al niño que es respuesta es un mecanismo de defensa, ya que se puede determinar que los proceso de ansiedad no es algo biológico que se tenga instaurado desde la fecundación como otros caracteres, esto es asimilado y aprendido por parte de las figuras significativas.

Se puede determinar que los procesos de ansiedad son en cierta medida necesarios para la resolución de ciertas dificultades circunstanciales, como mecanismo de defensa, ejerciendo una función protectora para el sujeto. En situaciones de miedo la ansiedad puede salvaguardar la integridad de quien lo sienta. Es por las diferentes formas de interiorizar las dificultades de la vida diaria que deterioran a los procesos de ansiedad como algo que ayude a un proceso de adaptabilidad, y reacción de manera positiva, incluso como un mecanismo de defensa de los peligros a los que enfrenta una persona en su vida cotidiana. (De La Garanda, .1999 p. 84).

1.4. Ansiedad Patológica.

“Toda intromisión que afecte en los aspectos sociales, personales, laborales, que represente una afectación negativa y no le permita desarrollarse de una manera adecuada se puede decir que es una afectación de tipo patológico”, (Echeburua, 1996, p. 24). En este caso los signos y los síntomas que se observen en el paciente dan una clara idea si estos antecedentes están dentro de un proceso de ansiedad patológica. Existe diferentes tipificaciones dentro de los trastorno de ansiedad así como niveles de gravedad.

1.5. Tipos de ansiedad.

Dentro del manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM IV TR) se encuentra especificado las diferentes patologías con características de ansiedad, y su respectiva diferenciación entre las mismas.

1.5.1. Agorafobia.

Este tipo trastorno de ansiedad se caracteriza por presentar síntomas de angustia frente a situaciones embarazosas o lugares que les resulte difícil permanecer, se presentan síntomas diarreicos o de inestabilidad, las personas que padecen esta patología por lo general evitan las situaciones que les provocan malestar, estas pueden ser de viajar en avión, bus, tren, ascensores, o cualquier sitio que esté cerrado, algunas persona hacen frente a este tipo de situaciones cuando permanecen acompañados, y sienten seguridad porque saben que si se encuentran en un proceso de crisis serán socorridos. Los síntomas presentados por este tipo de ansiedad pueden generar malestar tanto en el aspecto personal, como social y laboral. (DSMIV TR p. 481)

1.5.2. Fobia específica.

Este tipo de trastorno se caracteriza por un miedo irracional y excesivo ante la presencia o anticipación a un objeto o situación específica, cuando la persona se enfrentada al estímulo fóbico se muestra de modo inmediato una respuesta de ansiedad, entre ellas, crisis de angustia situacional. Las personas que padecen fobias específicas reconocen que el miedo al estímulo es irracional y excesivo, por eso tienden a evitar este tipo de situaciones. Aquello significa un deterioro a nivel social, familiar, personal y laboral, ya que si se ven enfrentados al estímulo puede ser soportado pero con altos niveles de ansiedad, y provoca un malestar clínicamente significativo. Puede ser de tipo: (DSMIV TR p. 494)

Animal

Ambiental

Sangre, inyecciones, daño

Situacional

1.5.3. Fobia social.

Se caracteriza por la presencia de temporal enfrentarse a grupos de personas ajenas al del círculo familiar, generando altos grados de ansiedad por la preocupación de hacer el ridículo o encontrarse en una situación embarazosa frente a personas extrañas o grandes grupos. Este tipo de exposición genera de manera automática una reacción de angustia, aunque el individuo reconoce que su miedo es irracional, evita estas circunstancias. (DSMIV TR p. 502)

1.5.4. Trastorno obsesivo-compulsivo.

Este trastorno tiene que cumplir los criterios tanto de tipo obsesivos como compulsivos para que se encasille dentro de este diagnóstico, debe existir pensamientos obsesivos, recurrentes y persistentes, no se reducen a simples pensamientos, el individuo trata de ignorar o suprimir estos impulsos o imágenes. (DSMIV TR p. 517)

1.5.5. Estrés post traumático.

Las personas han estado expuestas a eventos traumáticos como muertes, amenazas a la integridad física o la de los demás, experimentan miedos intensos, el acontecimiento es re-experimentado a través de recuerdos permanentes de los acontecimientos tipo flash-back, pensamientos o percepciones, imágenes, sueños de carácter recurrentes, sobre el acontecimiento que provocan malestar.

Cuando el sujeto es expuesto a situaciones similares siente la repetición del acto traumático, existen respuestas de tipo fisiológicas, por esta razón el individuo trata de evitar los estímulos asociados con el trauma, en este caso se exteriorizan trastornos del sueño, ataques de ira, hipervigilancia. Esta sintomatología se prolonga por más de un mes se diferencia, es agudo con una duración de tres meses, y crónico con una duración de más de tres meses. (DSMIV TR p. 518)

1.5.6. Estrés agudo.

Se identifica por la presencia de síntomas de ansiedad, síntomas disociativos como: embotamiento, desapego, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa. Durante el mes seguido a la exposición del suceso traumático, el hecho es revivido de manera recurrente.

(DSMIV TR p. 526)

1.5.7. Ansiedad generalizada.

Se identifica principalmente por evidenciar síntomas de ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de situaciones, pueden ser en el aspecto, social laboral, personal, familiar. Los síntomas de angustia en este tipo de padecimiento no son tan agudos como en el trastorno de angustia ya que no se presentan crisis de angustia, y no están enfocados a una situación en particular como a un objeto o situación específica, este malestar provoca molestia clínicamente significativa, puede presentar los siguientes síntomas con una prolongación de 6 meses:

(DSMIV TR p.534)

Inquietud.

Fatigabilidad fácil.

Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

Irritabilidad.

Alteraciones del sueño.

1.5.8. Trastorno de ansiedad no especificada.

En el diagnóstico se reúne a los padecimientos que no cumplen con todos los criterios para colocarlo en una categoría específica, pero su sintomatología es predominantemente ansiosa.

(DSMIV TR43)

1.5.9. Crisis de angustia.

Suele aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, como en los estados de ánimo, está caracterizada principalmente por la aparición aislada y temporal, que alcanza su máxima expresión muy rápidamente alrededor de diez minutos, presentan síntomas vegetativos o cognoscitivos expresados de manera muy intensa, la crisis puede ser abrupta sin estar presente

un peligro real, incluso se produce miedo a morir, o sufrir un accidente cardiovascular, los síntomas que son 13 y si presenta un número mayor a 4 de estos síntomas se considera una crisis de angustia, si es menor se considera una crisis somática limitada. (DSMIV TR p. 479)

1.5.9.1. Síntomas vegetativos de la crisis de angustia.

Palpitaciones

Sudoraciones

Temblores

Malestar cardíaco (opresión)

Sensación de ahogo

Sensación de atragantarse

Nauseas o molestias abdominales

Mareo

Desrealización

Miedo a perder el control

Miedo a morir

Parestesias

Escalofríos o sofocaciones

1.5.10. Trastorno de angustia.

Para que se determine un trastorno de angustia es imprescindible que exista la presencia de crisis de angustia de tipo recidivantes e inesperadas, seguidas por al menos un periodo de un mes, con la preocupación constante de padecer nuevas crisis de manera continua, este tipo de trastorno genera dificultades en los campos social, familiar, personal, laboral, requiriendo atención y tratamiento de la sintomatología como del origen de las mismas. (DSMIV TR p. 480)

1.6. Diferenciación diagnóstica.

No siempre, cuando en un paciente se logran observar características que determina síntomas ansiosos o depresivos se puede diagnosticar un trastorno mixto, por el contrario es importante

determinar con que intensidad se exponen los síntomas depresivos y ansiosos, de esta manera si la sintomatología ansiosa es mucho mayor que la depresiva se debe tomar en cuenta para dar un diagnostico ansioso con sintomatología depresiva, con su respectiva característica particular de los trastornos ansiosos y la gama de diferenciación de los mismos, de igual manera con la sintomatología depresiva se puede determinar cuáles son los síntomas más frecuentes, el tiempo de duración de los síntomas, las características, el tiempo, la frecuencia, la intensidad, si cumple las características antes mencionadas se debe tomar en cuenta para dar un diagnóstico de trastorno depresivo con sintomatología depresiva. ^(DSMIV TR)

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1). (CIE-10)

La prevalencia de este trastorno es mayor en el género femenino, debido a varios factores, el medio ambiente, el factor hormonal, componentes de personalidad, afectivas o histéricas.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN

2.1. Definición.

“Se considera a la depresión como una afectación a nivel emocional que integra síntomas tanto físicos como psicológicos y que representa cambios en el estado de vida habitual del individuo, especialmente en la vida “, (Kramlinger, 2001, p. 74).

2.1.1. Etiología:

Para (Kramlinger, 2001, No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

Herencia: Existe un mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad, sin embargo, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad, lo cual indica que hay factores extras que pueden causar la depresión.

Factores Bioquímicos: Asociado a la bioquímica del cerebro, se ha encontrado que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de neurotransmisores, por ello en determinados casos de depresión es recomendable la prescripción de medicamentos.

Situaciones psicosociales de riesgo: Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como puede ser la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, mal proceso de divorcio, pobre red de apoyo social.

Rasgos de personalidad: Las personas con estilos explicativos pesimistas, pobre concepto de sí mismos, autoeficacia baja y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

2.2. Tipos de trastornos del estado de ánimo.

Es importante describir de manera breve los diferentes tipos de trastorno depresivo, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, (DSM IV TR), en él se encuentran los siguientes trastornos del estado de ánimo y sus diferentes características.

2.2.1. Episodios depresivos.

Los episodios depresivos se los ha colocado de manera apartada para una mejor comprensión, ya que por características de tiempo, duración, e intensidad, sirven como fundamento para el diagnóstico de los diversos trastornos del estado de ánimo.

2.2.1.1. Episodio depresivo mayor.

La persona tiene que pasar por una circunstancia que determine un estado depresivo, un suceso vital que produce cambios y afectaciones a nivel mental. Para ser determinado como un episodio depresivo mayor tiene que cumplir cinco o más de los siguientes síntomas, durante un periodo de dos semanas, que se presentan en un cambio de las características habituales de la persona. ^(DSMIV TR)

Estado de ánimo depresivo.

Pérdida de interés.

Pérdida importante de peso.

Insomnio o hipersomnia.

Agitación o enlentecimiento psicomotriz.

Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

Sentimientos de inutilidad.

Disminución de la capacidad para pensar.

Pensamiento recurrente de muerte.

2.2.1.2. Episodio depresivo maniaco.

Se caracteriza principalmente porque el estado de ánimo es anormal resistentemente elevado, expansivo o irritable, el tiempo de evolución será de una semana, pero si requiere hospitalización puede ser inferior, para considerarse un episodio depresivo de tipo maniaco se debe tomar en cuenta que la afectación es fatal y que genere malestar clínicamente significativo en áreas como familiar, laboral, personal, y que en este punto el individuo requiera un proceso de hospitalización para salvaguardar la integridad personal y de los demás, debe cumplir por lo menos tres de los siguientes síntomas: ^(DSMIV TR)

Grandiosidad.

Disminución de la necesidad de dormir.

Lenguaje verborreico.

Fuga de ideas.

Distraibilidad.

Agitación psicomotora.

Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

2.2.1.3. Episodio depresivo mixto.

En este tipo de episodio es fundamental que se cumplan tanto los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor u episodio depresivo maniaco, con la diferencia que el tiempo de duración y la intensidad deberá ser casi cada día por lo menos el periodo de una semana. Estos síntomas deberán generar un deterioro clínicamente significativo en áreas como familiar, laboral o social. ^(DSMIV TR)

2.2.1.4.- Episodio depresivo hipomaniaco.

Grandiosidad

Disminución de la necesidad de dormir

Lenguaje verborreico

Fuga de ideas

Distraibilidad

Agitación psicomotora

Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

La característica principal de este episodio es que el individuo se encuentre con un estado de ánimo elevado e irritable con una duración permanente de al menos durante cuatro días, y se note claramente la diferencias con el estado de ánimo normal o habitual del individuo. La diferencia con el episodio maniaco es que no genera un malestar clínicamente significativo como para interrumpir las actividades normales de los sujetos, pero debe cumplir con tres o más de los siguientes síntomas. ^(DSMIV TR)

2.2.2. Trastornos del estado de ánimo.

Son aquellos que principalmente se determinan por afectaciones en el estado de ánimo, como se indicó anteriormente servirán para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo.

2.2.2.1. Trastorno depresivo mayor.

Se identifica por la presencia de un único episodio depresivo mayor, no está relacionado con un trastorno esquizo-afectivo. Cuando los episodios depresivos son más de uno se considera un trastorno depresivo mayor de tipo recidivante. Toda esta sintomatología produce un malestar clínicamente significativo en varias áreas en las que se desarrolla el individuo.

2.2.2.2. Trastorno distímico.

Es un estado de ánimo crónicamente depresivo casi todos los días y en la mayor parte del día. Por un periodo de al menos 2 años, no ha existido la presencia de un episodio depresivo mayor o ha existido una previa remisión del mismo, tampoco la presencia de un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto y tiene que presentar los siguientes síntomas por al menos 2 meses de manera consecutiva: ^(DSMIV TR)

Pérdida o aumento de peso

Insomnio o hipersomnia

Falta de energía o fatiga

Baja autoestima

Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

Sentimientos de desesperanza.

2.2.2.3. Trastorno depresivo no especificado.

En este apartado se encuentran los trastornos que no cumplen con todos los criterios para su ubicación en uno de los trastornos del estado de ánimo, o la sintomatología no ha generado malestar clínicamente significativo, entre los síntomas están los siguientes: ^(DSMIV TR)

Trastorno disfórico premenstrual.

Trastorno depresivo menor.

Trastorno depresivo breve recidivante.

Trastorno depresivo pos psicótico en la esquizofrenia.

CAPÍTULO 3

PERSONALIDAD

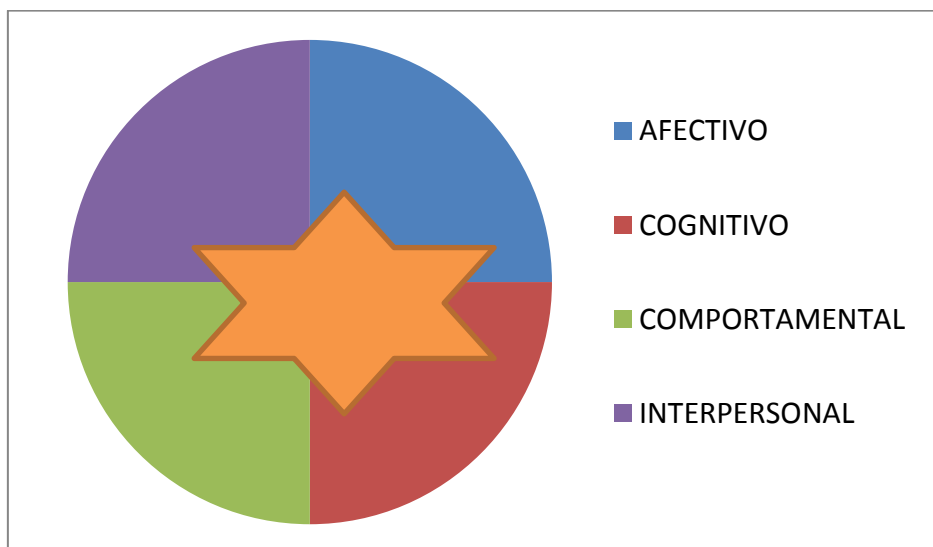
3.1. Definición.

La personalidad se considera como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales, que se encuentran en una continua interacción, esto hace que se desarrollen diferentes maneras de pensar, tipos de afrontamiento, cualidades específicas e individuales para cada sujeto, por lo que se expresan con rasgos únicos para cada persona, haciéndola única. *“La personalidad representa la estructura intermedia que la psicología necesita interponer entre la estimulación del medio y la conducta con que los sujetos responden a ella, justamente para dar razón del modo individualizado en que lo hacen”*, (Pinillos, 1975, p. 87).

3.2. Tipos de personalidades.

Para el modelo integrativo focalizado en la personalidad es fundamental la identificación de los rasgos más predominantes de personalidad que darán pautas para identificar la aplicación de las técnicas más adecuadas, y dependiendo de cada estilo se puede observar los estilos de afrontamiento para cada tipo de personalidad. (Balarezo 2011)

Estructura de la personalidad.



Fuente: Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Balarezo, 2010, p. 82

3.2.1. Afectivas.

Este tipo de personalidades tienen como principal característica la expresión de sus emociones de manera fácil y espontánea, mantiene sus diferencias individuales. En este grupo se encuentran las siguientes características: (Balarezo 2011)

3.2.1.1. Histriónicas.

Alegre

Seductora

Sociable

Sugestionable

Empeñosas

3.2.1.2. Ciclotímicas.

Emotiva

Ánimo variable

Generosa

Sensible

Activa

3.2.2. Cognitivas.

En este estilo se encuentra predominio de la razón y el juicio práctico, tanto en la conducta como en la expresión de sus emociones porque son más adherentes a sus cogniciones y pensamientos. En este grupo están los siguientes estilos con sus respectivas características: (Balarezo 2011)

3.2.2.1. Anancásticos.

Líder

Desconfiada

Suspica

Dominante

Organizada

3.2.2.2. Paranoídes.

Ordenada

Normada

Concienciosa

Perfeccionista

Adherente

3.2.3. Comportamental.

La característica fundamental en tipo de personalidades es la impulsividad y la falta de control en cuanto a sus impulsos, predominio de la activación de la conducta inmediata sin reparo suficiente a los comportamientos cognitivos y afectivos, carentes de autocontrol, acción enérgica y primaria. (Balarezo 2011)

3.2.3.1. Personalidad Impulsiva.

Imprudente

Primaria

Impulsiva

Perseverante

Enérgica

3.2.3.2. Trastorno de la personalidad disocial.

Agresiva

Antisocial

No se arrepiente

Irresponsable

Sin normas

3.2.4. Déficit relacional.

Este prototipo de personalidades se caracterizan fundamentalmente por la dificultad en cuanto a desarrollo de habilidades sociales, permaneciendo aislados y con muy poca relación interpersonal, con dificultad en la expresión afectiva, retraimiento a hacia sí mismo, dentro de este grupo se ubican: (Balarezo 2011)

3.2.4.1. Esquizoides.

Solitaria

Fantaseadora

Privada

Poco sensible

Introspectiva

3.2.4.2. Dependientes.

Obediente

Evita discusiones

Pide consejos

Actitud pasiva

Busca compañía

3.2.4.3. Evitativas.

Temerosa

Evita socializar

Vínculos seguros

Reservada

Recelosa

3.2.4.4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Extravagante

Referencial

Creencias raras

Percepciones inhabituales

3.2.5. Estilos de afrontamiento.

Cuando se habla de personalidad se está frente a una estructura dinámicamente integrada por factores biopsisocioculturales que responden a diversas formas ante la presencia de estímulos, *“desde una perspectiva constructivista se considera al sujeto como actor proactivo en la resolución de conflictos o soluciones de crisis, lo cual supone reacciones adaptativas caracterizadas por el afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, compromiso conductual, y cognitivo, y reacciones desadaptativas”*. (Velasquí, 2012, p. 32).

Estilos de afrontamiento.

Personalidades	Dominio del afrontamiento	Estilos de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento
Cognitivas	Cognitivo	Centradas en el problema	Afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación compromiso conductual y cognitivo.
Afectivas	Emocional	Centradas en la emoción	Postergación del afrontamiento, soporte social, instrumental, y emocional, negación, acudir a la religión, expresión de emociones, uso de drogas y alcohol.
Comportamentales	Conductual	Centradas en el problema	Negación, uso de drogas y alcohol
Déficit relacional	Emocional conductual	Centradas en el problema Centradas en la emoción	Postergación del afrontamiento soporte social, instrumental, y emocional negación.

Fuente: Revista SEAPSI -2012- p. 86.

3.2.6. Evaluación de los tipos de personalidades.

Esta clasificación se realiza de acuerdo al cuestionario que fue elaborado para llevar a cabo esta investigación. Las características de cada una de las personalidades están de acuerdo a parámetros tomados del CIE 10 y DSM-IV TR; lo que se ha pretendido es diseñar un nuevo instrumento de medición de la personalidad bajo consideraciones que son frecuentes en pacientes que acuden a consulta, se ha utilizado un lenguaje fácilmente entendible para cada uno, lo que ayuda a que el diagnóstico sea lo más cercano posible a su realidad. (Balarezo 2011)

A continuación se detalla las características de las personalidades:

Personalidad anancástica.

Obstinado en la búsqueda de la perfección.

Salir de la rutina le provoca una excesiva ansiedad.

Dificultad para expresar emociones, sentimientos.

Inflexible en temas de ética, moral o valores.

Preocupación por la posibilidad de tener alguna falla que contradiga lo que se quiere demostrar.

Sensible a la crítica de los demás

Insiste en que los demás se adaptan a su forma de hacer las cosas.

Le gusta el orden y los métodos.

Es meticuloso/a.

Le invaden pensamientos persistentes.

Personalidad paranoide.

Le cuesta confiar en los demás. Es reservado/a.

Prefiere saber de antemano que hacer ante las circunstancias.

Se molesta cuando le interrumpen lo que hace.

Es combativo/a y perseverante.

Tiene cierta autoridad natural.

Es bueno/a en lo que hace.

No dudo en imponer mi punto de vista

Busca superar sus capacidades

Celoso/a.

Le es difícil perdonar.

Personalidad ciclotímica.

Estado de ánimo muy variable.

Hay días en los que se siente muy alegre y otros, triste.

A veces mira el futuro con gran optimismo y en ocasiones no.

Cuando se siente bien se torna excesivamente generoso.

Por las mañanas se encuentra en mejor forma.

Se impresiona ante las situaciones de sufrimiento humano

Es sensible

Aparecen periodos de tristeza sin motivo

Considera las relaciones afectivas más de lo que son en la realidad

Bromista, agradable con las personas que conoce.

Personalidad histriónica.

En la mayoría de ocasiones le gusta salirse con la suya.

Le gusta ayudar a la gente.

Reacciona muy emotivamente ante las circunstancias que ocurren a su alrededor.

Se preocupa mucho por su aspecto físico.

Suele exagerar las situaciones.

Entabla conversaciones muy fácilmente.

Es el alma de las fiestas, muy alegre y extrovertido/a

Se sugestionan fácilmente con lo que le dicen.

Los elogios le agradan.

Le gusta vestir de manera atractiva. Su actitud suele ser seductora.

Personalidad evitativa.

Evita actividades que impliquen contacto con los demás.

Le preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conoce.

Se muestra tímido, prefiere estar callado/a.

Debe estar seguro de agradar a los demás para poder relacionarme.

En las relaciones sentimentales le cuesta intimar, tiene miedo de ser ridiculizado o avergonzado.

Le preocupa ser rechazado socialmente.

A veces le inundan sentimientos de incapacidad al conocer nuevas personas.

Le gustaría mejorar sus relaciones interpersonales y ser más sociable pero siente no ser aceptado/a.

Tiene dificultades para hablar de sí mismo pues lo que diga puede ridiculizarle o avergonzarse.

Se siento ofendido/a si alguien se muestra crítico o levemente en su contra.

Personalidad dependiente.

Si algo le cuesta hacer, prefiere pasar a otra cosa.

Busca que alguien le proporcione cuidado y apoyo, en especial cuando he terminado una relación.

Ante dificultades recurre a la mayor cantidad posible de fuentes de asesoramiento.

Le cuesta expresar su desacuerdo con los demás.

Sólo tiene sentido recurrir primero a las ideas que están probadas.

Siempre intenta evitar las discusiones.

Es obediente

Cuando esta solo/a se siente incómodo y desamparado.

Es muy pasivo y prefiere que los demás tomen decisiones por él.

Personalidad esquizoide.

Resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales.

Prefiere hacer las cosas solo.

Disfruta con muy pocas actividades.

No tiene amigos íntimos o de confianza.

El aspecto afectivo no tiene mucha importancia.

Se muestra insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan.

No experimenta emociones fuertes como la ira y la alegría.

Prefiero las tareas abstractas.

Si me hacen halagos o críticas me es indiferente.

Prefiere mantenerse distanciado de las personas que me rodean.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA

Comportamiento Excéntrico

Capacidad especial para pronosticar el futuro

Apariencia peculiar, rara

No tiene amigos/as íntimos o de confianza

Supersticioso,

Preocupación por los fenómenos paranormales

Actuación ante los demás de manera inapropiada e inflexible

Sentido de ser diferente y que no encaja con los demás

Sentimiento de ansiedad ante personas que son desconocidas

Pensar que los demás quieren hacerle daño

Cree que ve, oye o siente algo que no es

Según Balarezo 2010, define:

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DISOCIAL

Poca capacidad de adaptación a las normas sociales y legales

Realiza actos no permitidos y poco legales para obtener beneficios personales

Si encuentra una solución que está bien según su parecer avanza sin fijarse si ésta puede causar problemas a la misma persona o a otras personas

Sabe guardar la calma frente a la agresividad

Falta de sentimiento de compasión frente a la tortura animal.

Incapacidad de planificar el futuro.

Sentirse incapaz e impulsivo

Irritable y agresivo

Falta de preocupación por la propia seguridad o por la de los demás

Incapacidad para mantener un trabajo y hacerse cargo de obligaciones económicas

Falta de sentir remordimiento

PERSONALIDAD INESTABLE

Falta de capacidad para controlar la ira

Impulsividad incluso de la propia persona

Relaciones interpersonales inestables e intensas

Satisfacción al manipular a las personas para que estén con él

Impulsividad sin medir las consecuencias de sus actos, luego de haberlos realizado reacciona

Idealiza a las personas que se encuentran dentro de su círculo

Facilidad de aburrimiento y siempre busca algo que hacer

Temor a ser abandonado.

Intolerancia a estar solo

Despilfarra el dinero de manera irresponsable

Cambia bruscamente de opinión con respecto al futuro, amistades, profesión (p. 47). (Balarezo 2011)

CAPÍTULO 4

VÍNCULOS AFECTIVOS

4.1. Vínculo; concepto

El vínculo es el lazo afectivo que se establece entre dos o más personas, y produce emociones agradables y resulta muy estimulante la reciprocidad del establecimiento del vínculo. Ya esto ayuda a mantener adecuado desarrollo afectivo entre las personas que lo mantienen. Existen tres tipos y estos son los siguientes:

4.1.1. Vínculos Primarios

Estos son los que se establecen entre los integrantes de la familia, sean estos padres e hijos, hermanos, tíos, abuelos, etc. Se considera que este es el primer vínculo que conoce una persona y el más fuerte que establece a lo largo de su vida ya que esto se inicia desde el nacimiento, con la madre y con las personas que se encuentran a su alrededor y los reconoce como importantes durante el proceso de desarrollo.

4.1.2. Vínculos Secundarios

Este tipo de vínculo es el que se establece con personas ajenas al círculo familiar, tales como la pareja sentimental o con amigos cercanos, estos se van desarrollando paulatinamente conforme avanza la relación. Pueden ser duraderos o temporales según el ambiente y la importancia del vínculo, en ocasiones son pasajeros como los compañeros de escuela, amigos de barrio, enamorados pasajeros, que son importantes en el momento en el que se establecen.

4.1.3. Doble Vínculo

Este tipo de vínculo se produce cuando se da una comunicación defectuosa que genera un efecto paradójico que confunde. Esto por lo general se produce en las relaciones sentimentales y de afecto profundo donde existe dificultades comunicacionales, este tipo de vínculo puede generar mucho malestar entre las personas que lo establecen.

4.2. Apego

Según Bowlby 2006 el apego se define como:

Es la vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables que comienzan de manera refleja. (p. 85).

4.2.1. Tipos de Apego

Los tipos de apego que existen son los siguientes:

4.2.1.1. Seguro

Bowlby (2006) menciona que el tipo de apego seguro se da cuando: *“Los cuidadores satisfacen de manera más confiable las necesidades y afectos del niño, generando seguridad y sentimientos de protección”*. (p.14).

4.2.1.2. Inseguro

Los niveles de ansiedad son muy elevados. Los cuidadores no logran satisfacer las necesidades físicas y afectivas del niño ya que no logran mantener la estabilidad y el equilibrio para hacerlo. Este tipo de vínculo se da durante la primera infancia entre el cuidador y el menor, este tipo de vínculo genera conflicto en él.

4.2.1.3. Ambivalente

El tipo de apego ambivalente se produce cuando la madre satisface de forma muy variable las necesidades del niño, teniendo la posibilidad de enfrentar en una misma situación dos tipos de reacción, obligando a que el menor mantenga altos niveles de angustia, que lo lleva a no saber cómo comportarse, estableciendo conductas de tipo agresiva debido a la ambivalencia de la madre.

4.2.1. 4. Evitativo

Este tipo de apego se presenta en las madres que rechazan a sus hijos pero a pesar de este sentimiento mantienen o satisfacen las necesidades de vínculo y afecto. Suele presentarse este tipo de vínculo en madres adolescentes o en embarazos no planificados ya que no se presentan de manera planificada o con un adecuado proceso cognitivo para la comprensión de la llegada del menor a la vida de esta madre.

4.2.1.5. Desorganizado

Bowlby (2006) establece que:

Este tipo de apego es el que se caracteriza por la presencia de cuidadores de tipo negligentes en la satisfacción de las necesidades, presencia de maltrato físico y psicológico, que generan en el niño gran confusión este tipo de apego puede generar en una edad adulta un trastorno de personalidad de tipo disocial. (p. 25).

CAPÍTULO 5

ACCIDENTES INFANTILES

Durante la infancia es el momento de explorar, conocer, averiguar, aprender, y a pesar de los cuidados de sus progenitores se producen algunos tipos de accidentes, unos por lo general no requieren atención médica, sin embargo existen otros que por la gravedad de la situación ameritan cuidados especializados, inclusive la intervención de un médico especialista. (Rahman 2009)

5.1. Factores de riesgos de accidentes de niños.

La infancia es la etapa de la vida en la que los seres humanos inician el aprendizaje en cuanto a la adaptación al medio en el que deberán vivir, y lo hacen de la mano de sus padres o cuidadores quienes, al mismo tiempo que les enseñan, toman las precauciones necesarias para prevenir los accidentes dentro del entorno familiar, sin embargo a veces éstos se ven limitados por los recursos económicos y es en este momento en que los niveles de precaución y seguridad se ven mermados. (Papalia 2006)

La relación entre los niveles socioeconómicos bajos y mala salud es directamente proporcional. La pobreza puede influir en aumentar el riesgo de lesiones en los niños. En las viviendas más caras, donde se instalan medidas de seguridad, tales como los detectores de humos, puertas de seguridad y defensas contra el fuego, naturalmente el niño estará más protegido; por el contrario el riesgo de sufrir incendios se eleva en las viviendas más precarias donde existe construcciones muy inseguras hechas de tablas, cartones u otros materiales inflamables. Incluso el tamaño de la familia se ve influenciado por este aspecto, ya en los estratos más altos de la sociedad el número máximo de miembros es cuatro en cambio en las clases sociales más pobres existen familias muy numerosas y no se les puede dar toda la atención adecuada a todos y cada uno. (Fernández 2009)

Es evidente que no hay un factor único causante de accidentes en el hogar, sino que por el contrario, son múltiples, y día a día van aumentando por los motivos ya expuestos. Dentro de este inmenso conjunto de factores, juegan un papel muy importante los fabricantes de productos de consumo, el grado de responsabilidad y compromiso que éstos mantienen con la seguridad de la población. No es menor la responsabilidad del Gobierno en cuanto al control continuo y minucioso de todo aquello que se encuentre en contacto con el ser humano, siendo obligatorio la exigencia del cumplimiento de las normas que han sido creadas para este fin. (Fernández 2009)

CAPÍTULO 6

QUEMADURAS

6.1. Conceptos

Las quemaduras son lesiones tisulares agudas causadas por el contacto con un agente térmico (fuego, sustancia o líquido caliente y vapor) químico, corriente eléctrica, frío, agentes biológicos y ondas electromagnéticas. Casi todos los estudios epidemiológicos sitúan al fuego como el principal agente causal y la mayor parte se acompaña de ignición de ropa, agravando la extensión y profundidad de la quemadura, lo cual redundará en un significativo aumento de la mortalidad. (Dávalos 2005)

En nuestro medio podemos situar a los líquidos hirvientes como la principal causa de la quemadura dentro de la población infantil, seguido por las ocasionadas por fuego, electricidad y cualquier tipo de químicos. La mayoría de los hechos accidentales se producen en los hogares ante la falta de precaución de los adultos para mantener alejados a los niños de los posibles agentes causales que son almacenados y manejados inadecuadamente. (Herton 1993)

Merecen especial mención las quemaduras eléctricas, ya que si bien su magnitud varía desde un simple shock sin consecuencias a producir lesiones graves con pérdida de extremidades, alteraciones del Sistema Nervioso Central, arritmias severas e inclusive la muerte inmediata. Después de que se ha realizado un análisis se ha podido establecer que en lo que se refiere a la población adulta las lesiones producidas por otros agentes presentan una frecuencia del 5%, los cuales representan accidentes de trabajo mientras que en la población infantil se relacionan con juegos vinculados con enchufes eléctricos, contacto con tomacorrientes y con cables de alta tensión, muchas veces mal instalados. (Dávalos 2005)

6.2. Fisiopatología de las Quemaduras

6.2.1. Fisiopatología de las Quemaduras Térmicas

Toda injuria térmica severa conlleva a una respuesta en cascada a corto o largo plazo, que incluye tres componentes:

Respuesta hipermetabólica caracterizada por el incremento del gasto cardíaco, consumo de oxígeno y depleción de grasas y proteínas. Respuesta inflamatoria con compromiso del sistema

inmunológico, alteración de citokinas y muerte celular. Transcripción del factor regulador de la síntesis del factor y hormona de crecimiento. (Dávalos 2005)

La respuesta hipermetabólica se asocia con la utilización de la proteína muscular como combustible incrementado el consumo de energía, traduciéndose en un aumento de la temperatura corporal, reclutamiento de neutrófilos, cambios en el metabolismo lipídico, incremento de la gluconeogénesis y activación del sistema de complemento y coagulación. Al aumentar el consumo de energía se produce una depleción funcional y nutricional de las reservas de grasas y proteínas; haciendo que el catabolismo proteico redunde en una pérdida de masa muscular. (Dávalos 2005)

6.2.1.1. Efectos Locales

El traumatismo térmico produce en general daño celular y necrosis por coagulación de la piel y tejidos subyacentes de diverso grado, dependiendo del grado de intensidad, agente causal o temperatura y tiempo de exposición sobre los tejidos. La primera reacción tisular es de tipo inflamatorio, la misma que será localizada o sistémica según la gravedad de la quemadura, en donde muchos de los trastornos orgánicos o sistémicos son inaparentes en quemaduras menores del 15% de la superficie corporal, dependiendo evidentemente del estado clínico del individuo previo a la lesión y del traumatismo o lesiones concomitantes. (Dávalos 2005)

En el periodo inmediato a la quemadura, los trastornos fisiopatológicos primarios se relacionan con el aparato circulatorio, con liberación de múltiples sustancias vaso activas que alteran la permeabilidad capilar, que permiten un escape de líquido rico en proteínas y electrolitos desde el espacio intravascular hacia el extravascular en proporción directa a la extensión y profundidad de la quemadura. Algunos estudios histoquímicos han demostrado que las sustancias vasodilatadoras provienen principalmente de los mastocitos perivascuales de la dermis y de las plaquetas circulantes por el hecho subdérmico, que posterior a la agresión térmica liberan histamina y serotonina respectivamente. La lesión de la cubierta dérmica inicia una respuesta inflamatoria local que activa el Factor XII de la coagulación y desencadena finalmente la activación de la calicretina, que da origen a la bradicinina, uno de los vasodilatadores más proteínas. Todas estas sustancias en conjunto alteran la permeabilidad capilar produciéndose un edema en las células endoteliales y la separación entre ellas, lo cual permite la salida al espacio extravascular de gran cantidad de líquido y macromoléculas, mecanismo que alcanza su pico máximo aproximadamente doce horas posteriores a la injuria térmica, estabilizándose e iniciando un proceso de recuperación del equilibrio coloidosmótico a partir de las 48 horas. Estos hechos nos permiten afirmar que las primeras 48 horas

postquemadura son críticas y debemos actuar a la brevedad posible en pacientes con grandes quemaduras para recuperar las pérdidas hidroeléctricas. (Dávalos 2005)

Debido a la activación masiva del factor XII de la coagulación se desencadena un proceso de coagulación intravascular tanto por la vía intrínseca como extrínseca, a la par de dicho fenómeno aparecen sustancias modulares de este proceso, el tromboxano A (agregante plaquetario) y la prostaglandina E1 (desangrante potente), el equilibrio y la interacción de ambos darán como resultado final cambios de la característica inicial de la lesión, lo cual explica que lesiones iniciales aparentemente superficiales, en un lapso de 48 a 72 horas se profundicen. La activación del complemento y la presencia de leucotreinos estimulan la llegada de neutrófilos y células fagocitarias tisulares a la zona quemada. (Dávalos 2005)

Histológicamente se observa destrucción celular, alteración de la arquitectura de las fibras de colágeno de la dermis, destrucción de los organelos dérmicos, necrosis de las células endoteliales de los capilares, con formación de agregados de plaquetas y eritrocitos, así también como el infiltrado inflamatorio más intenso, con gran cantidad de neutrófilos macrófagos y células muertas. En lesiones de mayor profundidad habrá compromiso de estructuras profundas (tejido celular subcutáneo, músculo, huesos, etc.), en cuyo caso la necrosis es más severa, dando a la superficie quemada un aspecto acartonado y duro. (Dávalos 2005)

6.2.2. Efectos Sistémicos

Dentro de los efectos sistémicos más relevantes se puede mencionar a los siguientes:

6.2.2.1.- Respuesta de Sistemas Específicos

6.2.2.1.1.- Cardiovascular

Los cambios primarios que se producen en el aparato circulatorio evidencian la liberación de sustancias vaso activas y la pérdida de líquido y proteínas desde el espacio intravascular esto conlleva a una disminución de la volemia, hemocontracción, hiperviscosidad, evidenciándose clínicamente edema lesional, perilesional o generalizado según la profundidad y extensión de la quemadura. (Dávalos 2005)

En pacientes con superficie corporal quemada de más del 25%, la pérdida capilar es generalizada, permitiendo que el líquido y las proteínas escapen del compartimento intravascular hacia el intersticio. La composición del edema de la quemadura en áreas representativas de una lesión refleja el contenido de albumina y globulinas de plasma. Se ha comprobado que existe extravasación máxima de albumina durante las primeras 6 a 12 horas siguientes a una quemadura. En un estudio realizado por Demling se comparó el flujo y las relaciones entre linfa y proteínas plasmáticas en tres zonas: extremidad no quemada, extremidad quemada y lecho pulmonar. Aunque el flujo linfático aumentó en todos los lechos, el incremento mayor de 5 a 10 veces se produjo en el miembro quemado; no se produjo pérdida de proteínas por permeabilidad en lechos pulmonares, mientras que se observó filtración de albumina en los miembros no quemados (resuelta en 12 horas) y de albumina y globulinas en la extremidad quemada (resuelta en 48 horas). Esto demostró que en lecho pulmonar puede mantenerse una presión oncótica efectiva inmediatamente después de la quemadura y en otras no quemadas hasta 12 horas después de haber sufrido la lesión. (Dávalos 2005)

La formación del edema es el resultado de la disminución de la presión plasmática en relación a la oncótica, de desviaciones basadas en las fuerzas de Starling y la facilidad del transporte de agua a través del intersticio. Además de las pérdidas de proteínas se producen intercambios iónicos y de agua en las células con reducción de la actividad de la ATPasa, en el intercambio de Na/K de membrana produciendo aumento del sodio intracelular y una reducción de los potenciales celulares de membrana si la reanimación hídrica es inadecuada. En el periodo temprana postquemadura la resistencia vascular periférica va aumentando para poder compensar la pérdida hídrica, fenómeno que provocara una elevación leve y transitoria de la presión arterial. (Dávalos 2005)

Baxter (2010) menciona que: *“se ha discutido mucho sobre la presencia de un factor humoral que deprimiría la función mecánica del corazón”*, sin que se haya podido demostrarlo, lo cierto es, que se produce una disminución del gasto cardíaco a la vez que disminuye el retorno venoso por hipovolemia, sin que exista depresión de la actividad miocárdica como demuestra varios estudios en que se midieron sus índices contractilidad (fracción de eyección y velocidad de acortamiento circunferencial), los mismos que estuvieron elevados, contrariamente a lo que se pensaba.

6.2.2.1.2. Pulmonar

En los pulmones inicialmente se produce un aumento de la resistencia vascular de mayor duración que en la circulación sistémica, por ello durante la fase de resucitación hídrica aun con

grandes volúmenes no se produce edema pulmonar, por tanto se lo considera como un fenómeno de “protección”. La función pulmonar se altera de acuerdo a la gravedad de la quemadura en extensión, profundidad y localización, así como por factores como inhalación, aspiración, quemaduras directas de la vía aérea e interurrencias. (Dávalos 2005)

Aunque no exista lesión inhalatoria. O quemaduras del árbol traqueo bronquial o quemaduras torácicas circunferencias constrictivas, el único signo que normalmente puede evidenciarse un aumento de la frecuencia respiratoria de 2 a 2 ½ veces en el periodo postresucitación, sin que esto signifique que exista alguna disfunción del parénquima pulmonar. Esta respuesta se la considera como refleja a un hipermetabolismo postlesional, pudiendo asociarse a una hipoxemia leve, especialmente en el periodo de reabsorción del edema (entre la 1^{ra} y la 2^{da} semana). (Dávalos 2005)

Las quemaduras circunferenciales del tórax producen una restricción de la función ventilatoria, tanto por efecto de dolor como por la formación de una escara gruesa e inextensible en lesiones profundas. La inhalación de humo aumenta considerablemente la mortalidad del paciente quemado hasta tal punto que en la gran mayoría de casos las defunciones están directamente relacionadas con este hecho y no con la extensión y/o profundidad de la lesión. Las partículas volátiles del humo se depositan en la mucosa traqueo-bronquial y forma una partícula adherente que da origen a tapones carbonáceos y evidentemente a un cuadro obstructivo respiratorio. (Dávalos 2005)

Otros elementos a considerar en la inhalación de humo son la presencia de productos de combustión incompleta como el monóxido de carbono, dióxido de carbono y cianuro; de estos, el monóxido de carbono se considera como un verdadero marcador de las lesiones por inhalación de humo (mayor a 3% indica intoxicación aguda y mayor al 17% se la considera su intoxicación letal) su intoxicación debe sospecharse ante cualquier incendio con llama, en espacios cerrados y en el diagnostico se hace mediante la determinación de carboxihemoglobina en sangre, pues, tiene gran afinidad por la hemoglobina (200 veces), esta combinación desplaza al oxígeno interfiriendo con el transporte del mismo. La vida media de la carboxihemoglobina es de cuatro horas con tratamiento mediante oxígeno al 100%. (Dávalos 2005)

El cianuro, al igual que otros compuestos nitrogenados, amoniacales y fluorados que pueden liberarse en un incendio, producen toxicidad sistémica y sus efectos van más allá de un daño pulmonar, afectan a hígado y riñones y causan alteraciones profundas del equilibrio acido-base. Las lesiones térmicas directas en la vía aérea por fuego son raras, las producidas por inhalación

de vapor de agua se relacionan principalmente con la explosión de calderos y maquinas a vapor. (Dávalos 2005)

Dado que el agua tiene capacidad de transportar calor 4000 veces más que el aire las lesiones en las vías aéreas son muy graves y provocan gran edema glótico y subglótico. Las quemaduras de la cara y cuello producidas por fuego pueden acompañarse también de edema glótico y subglótico, en cuyo caso será indispensable intubar al paciente, particularmente a niños muy pequeños, en los que un edema mínimo puede comprometer gravemente sus pequeñas vías aéreas. La vaporización de aldehydos, cetonas y otras toxinas producidas por la combustión de telas, plásticos y madera se combinan con el epitelio endotraqueal y endobronquial húmedo, ocasionando una quemadura química. (Dávalos 2005)

El diagnóstico de daño respiratorio lo sugieren con certeza la historia clínica y el examen físico del paciente quemado al ingresar al hospital, cuando hay lesiones por inhalación se produce una traqueo-bronquitis química por humo y productos irritantes de combustión incompleta. Esto debe sospecharse siempre que la víctima haya permanecido en lugares cerrados y en especial cuando las lesiones se producen en cabeza y cuello. (Dávalos 2005)

Al examen físico se deben valorar las vibrizas nasales, inflamación inespecífica de la orofaringe y partículas a nivel de los orificios nasales, el paciente puede presentar acortamiento de la respiración, taquipnea, estridor y disfonía en los casos leves; los signos más prominentes en lesiones de más severidad son tos seca, ronquera, afonía, respiración ruda, disnea, silbido nasal, broncorrea, hipoxemia, y específicamente la producción de esputo carbonáceo, desafortunadamente estos signos aparecen al 2^{do} o 3^{er} día postquemadura. (Linares 1993)

Es prioritaria la laringoscopia directa, pues la quemadura de los pilares posteriores es sinónima de quemadura de base pulmonar. La radiografía de tórax y la gasometría arterial son muchas veces normales en los primeros días, incluso si ha ocurrido un daño pulmonar grave, sin embargo es importante realizar controles radiológicos y gasométricos seriados desde el ingreso del paciente a fin de mantener un seguimiento clínico estricto. (Dávalos 2005)

La broncoscopia precoz ayudara a confirmar el diagnóstico clínico cuando se sospechen lesiones por inhalación, se evidenciaría hollín en el árbol traqueo-bronquial, edema traqueal o laríngeo e irritación, edema y ulceración de las vías respiratorias, la extensión y profundidad de la lesión del epitelio respiratorio están determinadas por la naturaleza y concentración de las toxinas en el humo inhalado, así como por la duración de la exposición así como por la duración de la exposición. El hollín de los hidrocarburos, aunque altamente visible, no produce lesiones graves en el epitelio respiratorio ciliado y es eliminado en horas o días, con escasa alteración

residual. La presencia del hollín, no obstante, debe alertar al clínico ante la posibilidad de que se hayan inhalado otras sustancias químicas más tóxicas. En las lesiones intensas resultan afectadas grandes áreas del epitelio respiratorio y de los tejidos subyacentes, en cuyo caso existe una broncorrea profusa e incontrolable, seguida en pocos días por el desprendimiento del tejido muerto, recuperándose en forma ocasional moldes completos del árbol bronquial a través del tubo endotraqueal o la traqueotomía, y la supervivencia es escasa. (Dávalos 2005)

Los pulmones actúan como filtro de la bacteriemia producida por el desbridamiento quirúrgico de la herida, pudiendo desarrollarse un proceso neumónico como vía hematógena, igual cosa puede suceder con la colocación de vías venosas centrales. Estos hechos pueden construir un presagio del desarrollo de falla orgánica múltiple, que viene a ser la causa más común de muerte en pacientes con grandes quemaduras. (Dávalos 2005)

6.2.2.1.3. Metabólicas Endócrinas

Linares (1993) establece que:

En el periodo temprano de postquemadura se aprecian cambios importantes en el Sistema Endócrino, entre los más notorios se describen: aumento de Glucagón, Cortisol, Aldosterona, Hormona Antidiurética y Catecolaminas, lo que determina un estado severo de hipermetabolismo. La estimulación alfa-adrenérgica intensa puede inhibir la liberación de insulina. Los niveles absolutos de hormona tiroidea no se modifican pero las proporciones de T3, T4, T3 inversa pueden estar alteradas en forma importante, observándose una disminución franca de T3 en relación directa con la profundidad y extensión de la lesión térmica. El resultado neto de estos cambios hormonales es el desarrollo de una fase catabólica, con conservación de agua y electrolitos y producción endógena de energía a partir de los sustratos disponibles de carbohidratos, proteínas y lípidos. Clínicamente estos hechos se traducen por un aumento en el rango metabólico (leve hipertermia), aumento de la concentración de glucosa y balance nitrogenado negativo, disminución de la resistencia a las infecciones de desequilibrio hidroelectrolítico e inanición. En quemaduras no complicadas los niveles hormonales se van normalizando según se produce el cierre de las heridas, dando lugar entonces a una fase anabólica de reparación tisular. (p. 145).

Se altera el balance normal entre hormonas sexuales femeninas y puede mantenerse así durante varios meses después de la curación, produciéndose ciclos menstruales anormales durante 1 a 2 años después de una quemadura seria.

Así también Linares (1993) añade que:

La respuesta hipermetabólica posterior al trauma de la quemadura produce además incremento de la temperatura corporal, muy manifiesta en niños quemados. La fiebre se asocia con un incremento en el grado energético, catabólico proteico muscular e incremento de la frecuencia cardíaca, la temperatura central y cutánea están elevadas y la temperatura rectal aumenta en proporción con la extensión de la superficie corporal quemada. Los pacientes quemados tienen establecido un punto termosensitivo hipotalámico elevado que inicia mecanismos termoefectores ante el estímulo de una temperatura superficial anormalmente alta. Este mecanismo es fisiológicamente similar a la fiebre, sin embargo los antipiréticos ejercen un escaso efecto sobre la temperatura corporal en el paciente quemado aunque se los sigue utilizando en asociación con analgésicos. La reanimación con líquidos a corta la duración del periodo de depresión de la actividad metabólica. (p. 78).

Aunque habitualmente la caída inicial no se puede evitar. La glucogenolisis causa hipercalcemia inicial que persiste hasta que el ritmo de producción de glucosa se acerca a la normalidad por disminución del clearance plasmático. La insulina plasmática no aumenta de modo apropiado en respuesta a la carga intravenosa de glucosa durante fase de shock. Un 15% de lactantes y niños pequeños desarrollan hipoglucemia significativa durante los primeros 3 a 4 días posteriores a la quemadura. En este grupo es esencial un estrecho monitoreo de la glicemia.

En el paciente quemado infectado, el estado febril igual o mayor a 40.0° C, incrementa la producción de calor en un 13% por grado de aumento de la temperatura corporal y su metabolismo basal en un 30% en comparación con pacientes afebriles. Si las reservas orgánicas son inadecuadas, la infección puede causar agotamiento metabólico, y la declinación de la producción del calor causa hipotermia.

El metabolismo basal puede estar incrementado por diversos trastornos psicológicos como ansiedad e insomnio o hasta por dolor. El catabolismo proteico, la formación de urea y la pérdida urinaria de nitrógeno aumentan en proporción con la gravedad de la lesión. La síntesis proteica también parece aumentar aunque en menor medida que el ritmo catabólico. La producción de glucosa aumenta durante la fase crónica de la quemadura, en parte debido al reciclado del lactato y piruvato producidos por el tejido de granulación en la herida y en parte debido al uso de otros fragmentos de tres carbonos como la alanina, que son liberados del catabolismo de las proteínas somáticas en el musculo esquelético. La grasa se utiliza de modo selectivo como fuente de energía después del traumatismo y los niveles elevados de ácidos grasos libres presentes en el plasma tienden a correlacionarse con el tamaño de la quemadura. La administración intravenosa de triglicéridos no ahorra nitrógeno en el paciente quemado; sin

embargo, la administración exógena de glucosa minimiza la gluconeogénesis a partir de los aminoácidos precursores, reduciendo así la pérdida de nitrógeno.

Linares (1993) determina que:

Las quemaduras graves, superiores al 40% de la superficie corporal en niños, producen un hipercatabolismo de las proteínas musculares por lo menos durante los 9 meses posteriores al trauma, además de un retardo en la curva de crecimiento durante dos años. Este proceso se debe al incremento de mediadores químicos, especialmente las catecolaminas que pueden elevarse en 10 veces su valor normal, provocando además una circulación hiperdinámica. (p. 96).

Dávalos (2002) indica que:

En estudios realizados por Herndon y colaboradores, se ha demostrado que varios agentes anabólicos disminuyen de manera efectiva el catabolismo proteico del paciente quemado, la insulina estimula la síntesis proteica; la Testosterona incrementa la síntesis de proteínas, con riesgo de civilización y hepatotoxicidad. El Propranolol, betabloqueador no selectivo, ha demostrado ser efectivo disminuyendo el gasto cardiaco en la fase catabólica del paciente quemado con circulación hiperdinámica y disminuyendo la lipólisis. La Hormona de crecimiento y la Proteína Ligadora al Factor 3 de crecimiento similar a la insulina 1 (IGFBP-3), por su potencia anabólica, han demostrado que al usarlas en pacientes quemados graves pueden ser muy beneficiosas para impedir el catabolismo muscular exagerado, aumentando significativamente, la masa corporal magra y mejorando al mismo tiempo la fracción de eyección del Ventrículo izquierdo (p. 58).

6.2.2.1.4. Sistema Sanguíneo

Dávalos (2002) plantea lo siguiente:

La vasoconstricción periférica temprana produce el cierre de esfínteres precapilares y capilares, lo que sumado la hemoconcentración e hiperviscosidad sanguínea, provocaran alteraciones en la microcirculación. En el área lesionada se produce gran destrucción de hematíes por efecto de la lesión térmica, pero además se produce un efecto de hemolisis intravascular de los eritrocitos circulantes debido a su aglutinación en los lechos capilares, evidente principalmente en quemaduras profundas. La masa total de hematíes destruidos va en proporción directa con la extensión y la profundidad de la quemadura; se calcula que en la primera semana hay una destrucción del 8 al 15% de la masa total de hematíes, subiendo en casos severos hasta un 40%

La vida media de los glóbulos rojos del paciente quemado está notablemente disminuida, lo que sugiere un cambio estructural o bioquímico que las torna muy susceptibles a la destrucción hepática y esplénica. Investigaciones recientes demuestran que la elevada concentración de ácidos grasos libres en el plasma causa daño de la membrana celular eritrocítica, convirtiéndolos en equinocitos que son secuestrados y destruidos en el bazo y el hígado, lo que conlleva a la producción de anemia. En lo referente a la coagulación, se produce una temprana y marcada disminución del número la función plaquetaria y del fibrinógeno, con un aumento de los productos de degradación de la fibrina. En el periodo postresucitación tienden a normalizarse, haciéndose evidente un aumento de los factores de coagulación V y VIII. (p. 63).

La anemia e hipovolemia no solamente producen trastornos renales progresivos sino que también determinan una disminución del flujo sanguíneo cerebral, conduciendo inicialmente a un estado de agitación psicomotora, que es un signo temprano de depleción de volumen.

Dávalos (2002):

Muchos autores coinciden en que al producirse la quemadura existe tromboxitopenia y leucopenia, probablemente como resultado de la marginación de los leucocitos y de la coagulación intravascular local. A diferencia de otros estudios en nuestros pacientes hemos encontrado desde su admisión, leucocitosis que han alcanzado valores superiores a 50.000 leucocitos, y trombocitosis de hasta 1'500.000 plaquetas. Por lo tanto la elevación de los leucocitos por encima de valores normales no necesariamente sugiere signos de infección debido a que en su mayoría mantienen recuentos entre 10.000 a 20.000 /mm³ ó más. Por otro lado, es importante recalcar que los cambios bruscos en el recuento total de los leucocitos sugieren el desarrollo de sepsis. (p. 63).

6.2.2.1.5.- Gastrointestinal

Dávalos (2002) se refiere al término gastrointestinal como:

La respuesta catabólica intensa posterior al trauma térmico reduce la absorción intestinal de nutrientes y compromete la integridad de la mucosa intestinal. La integridad, homeostasis y restitución de la mucosa intestinal de la continuidad, migración y diferenciación de las criptas, regulados en condiciones normales por varios factores que incluye nutrientes intraluminales, hormonas gastrointestinales tróficas, factor de crecimiento y citokinas. Varias investigaciones han demostrado que la respuesta ante una lesión térmica severa a través de este mecanismo puede producir sepsis y falla multiorgánica. (p. 52).

En lo que respecta al tema Linares (1993) menciona que:

En la mucosa gastroinduodenal en forma temprana (3 a 5 horas después de la quemadura), se puede producir isquemia focal, como consecuencia de la disminución de la perfusión durante la fase de shock, pero se corrige al compensar pérdidas hídricas del paciente. En forma tardía (2^{ra} y 3^{da} semana) puede haber isquemia de la mucosa, con ulceración y sangrado importantes, produciéndose la conocida Ulcera de Curling, aunque su incidencia ha disminuido significativamente por el empleo de antiácidos y bloqueadores H₂. Cuando coexisten complicaciones como hipovolemia no corregida o sepsis se han observado incluso perforaciones duodenales. (p. 96).

En quemaduras superiores al 25% de la superficie corporal se observa invariablemente íleo adinámico y distensión abdominal de diverso grado.

6.2.2.1.6. Sistema Inmune

Kramlinger (2001) menciona en lo que respecta al sistema inmunológico que:

La función inmunológica tanto humoral como celular, se altera como consecuencia de quemaduras extensas, especialmente si son superiores al 50% de la superficie corporal. El compromiso inmunológico esta en relación con el tamaño de la quemadura y predispone al paciente quemado a infecciones nosocomiales por microorganismos oportunistas de etiología bacteriana, micótica y probablemente viral. En el periodo postquemadura temprano disminuye la actividad del Complemento, Fibronectina e Inmunoglobulinas, pero hay un rebote a niveles por encima de lo normal en quemaduras no complicadas. (p. 89).

Casi todas las funciones de linfocitos, granulocitos y macrófagos están alteras debido a los efectos de uno o más factores humorales. Los linfocitos T sufren una disminución relativa en relación con los linfocitos B y durante la primera semana postquemadura se observa la aparición de una serie de linfocitos T8, con una disminución concomitante de la subserie T4, estos hechos retornan a lo normal si el proceso lesional transcurre sin complicaciones, pero reaparece en casos de sepsis.

En cuanto a este tema Dávalos (2002) manifiesta que:

La actividad de los neutrófilos en general se ve deprimida en periodos tempranos o en presencia de sepsis, su función de opsonización y actividad oxidativa se alteran, incluso los

mononucleares producen un Interleucemia 2 defectuoso relacionada con una respuesta linfocitaria anormal. La provisión de nutrición adecuada mejora estas anomalías pero no las corrige por completo. (p. 63).

6.2.2.1.7.- Renal

En cuanto al campo renal Linares (1993) establece lo siguiente:

El paciente quemado puede desarrollar una insuficiencia renal aguda por hipoperfusión si durante la etapa de reanimación la administración de líquidos es inadecuada; tomando en cuenta esta circunstancia es imprescindible vigilar la diuresis como indicadores accesible más seguro del estado de hidratación, aun cuando no sea un reflejo exactos del flujo renal total; se debe recordar que la resucitación con líquidos parentales solo normaliza el flujo sanguíneo renal tras el restablecimiento del riego al resto de órganos. (p. 89).

La insuficiencia renal en un paciente quemado puede establecerse de dos maneras:

Pre-renal: por déficit de flujo, en las primeras horas o días.

Renal: secundaria a fármacos nefróticos o sepsis, a partir de la segunda semana.

Según Dávalos 2002: *“La mortalidad en pacientes quemados asociada a insuficiencia renal aguda puede alcanzar un 80% a pesar de tecnología nueva”*. (p. 89).

6.2.2. Fisiopatología de Quemaduras de Diversa Etiología

6.2.2.1. Quemadura por Electricidad

Linares (1993):

Las lesiones por electricidad se producen por el paso de electrones o corriente a través de los tejidos. De acuerdo a la ley de Ohm, la intensidad es directamente proporcional al voltaje e inversamente proporcional a la resistencia. El voltaje representa la fuerza electromotriz, cuanto mayor sea, más daño tisular producirá. La corriente alterna de los hogares en nuestro país es de 110 a 120 voltios y por convención se consideraran como alta tensión a corrientes superiores a 1000 voltios. (p. 89).

Kramlinger (2001):

La resistencia corresponde a la calidad por la que un tejido se opone al paso de la corriente y depende de varios factores como humedad de la piel, su grosor, vascularidad, tiempo y tipo de contacto con la superficie cutánea. Chapuis demostró que la piel tiene una resistencia de 4000 ohm/cm², en las manos sube a 40.000, se pudieron llegar incluso a valores de 2'000.000 si son secas, callosas y duras; del mismo modo la humedad hará que la resistencia se reduzca de 10 a 12 veces. (p. 36).

Cuando la corriente hace contacto con la piel se desplaza por el miembro, el tronco y el resto del cuerpo como si se tratara de unos conductos, pero la densidad o concentración de la corriente depende directamente del área seccionada, por ello será mayor en los sitios de contacto como salida, al igual que en los miembros y por ende los mayores efectos destructivos estarán localizados en esas zonas.

Kramlinger (2001):

Para explicar la destrucción tisular por electricidad nos apoyamos en la ley de Joule, que determina que el calor generado por el paso de los electrones depende de la intensidad de la corriente de la resistencia tisular y es precisamente la generación de calor lo que provoca las lesiones. Los nervios en primer lugar y luego los vasos sanguíneos son los tejidos que menor resistencia ofrecen y por tanto generan la mayor cantidad de calor. La lesión de los vasos sanguíneos producen entonces la mayor parte de los hallazgos patológicos por la trombosis de vasos de mediano, pequeño calibre y de tipo nutritivo (hueso). La alta resistencia de hueso determina una menor generación térmica, que no excede la propia de los tejidos circundantes, pero pueden producir el suficiente calor como para lesionar tejidos profundos. (p. 36).

Por la gran destrucción tisular que produce una quemadura se la puede comparar con una lesión por aplastamiento, con liberación de mioglobina e hiperpostasemia. La mioglobinuria puede ser muy grave aún más si consideramos que habrá una disminución del flujo sanguíneo renal luego de una quemadura llevando con cierta rapidez hacia un fallo renal agudo por precipitación del pigmento en los túbulos renales. Habitualmente las quemaduras extensas producen acidosis metabólica severa por la gran desvitalización tisular. Las quemaduras eléctricas tienen varios mecanismos de producción:

Según Kramlinger (2001) establece los siguientes mecanismos de producción:

La descarga eléctrica puede provocar una llama que causa ignición en la ropa y por tanto se asocian a una quemadura por fuego.

El contacto con la electricidad puede producir una descarga a tierra, atacando el cuerpo como un conductor.

El contacto con una corriente de Alta Tensión puede provocar el salto de la corriente sobre las superficies flexoras (arco eléctrico), estas son particularmente devastadoras porque pueden generar temperaturas muy elevadas de hasta 5000° C. Este fenómeno habitualmente se presentan entre la mano y la muñeca y desde el antebrazo al brazo, pesando por encima del codo. La gran vaporización y carbonización de los tejidos producen un aumento de la resistencia que evita un mayor flujo eléctrico. (p. 41).

En base a la información presentada se debe mencionar que, es importante tener en cuenta que las lesiones visibles de la piel ocultan una gran destrucción de tejidos profundos, por ello el tratamiento de resucitación es diferente y se lo expondrá en forma detallada más adelante.

Dávalos (2002) menciona que: Los cambios neurológicos son variables, se pueden observar un déficit neurológico periférico inmediato por efecto directo de la corriente, con rara recuperación; existen déficits relativamente tardíos como parte de un síndrome polineurótico que involucra nervios remotos. La disfunción medular puede presentar signos tempranos o tardíos de formas variadas: hemiplejia, cuadriplejia, déficit focalizado, parálisis ascendente, mielitis transversa y aun síndromes parecidos a la esclerosis lateral amiotrofia. Las manifestaciones tempranas seguramente se producen por un efecto destructivo directo de la corriente, en tanto que las tardías dependen de trombosis de vasos sanguíneos medulares, estos últimos son los más graves en cuanto a recuperación. En raras ocasiones se han descrito lesiones viscerales generalmente asociadas a corrientes de Alto Voltaje: necrosis hepática focal, necrosis pancreática focal y perforación intestinal. Igualmente puede haber fracturas vertebrales por compresión debidas a contracciones tetánicas, o fracturas craneales o de huesos largos cuando hay traumatismo asociado. (p. 78).

El paso de la electricidad por el corazón puede producir fibrilación ventricular y parada cardíaca, aun con corrientes de baja intensidad considerándose la causa más importante de muerte súbita luego de una descarga eléctrica.

Herton (2009) manifiesta que:

El 40% de los pacientes pueden presentar manifestaciones electrocardiográficas múltiples, así como irregularidades inespecíficas del segmento ST-T, bloqueos de conducción intraventricular, extrasístoles y fibrilación articular, por ello se recomienda monitoreo cardíaco continuo. Las determinaciones de enzimas cardíacas no reflejan necesariamente la magnitud del daño ni dan un pronóstico exacto. (p. 56).

En los niños pequeños son comunes las quemaduras en labios al morder cables eléctricos, ventajosamente la mucosa labial y bucal tienden a cicatrizar muy bien, con secuelas mínimas a moderadas que pueden ser reparadas efectivamente luego de cicatrizadas. Son frecuentes los síndromes comportamentales en los miembros afectados, debido al intenso edema y destrucción tisular provocados por la corriente eléctrica.

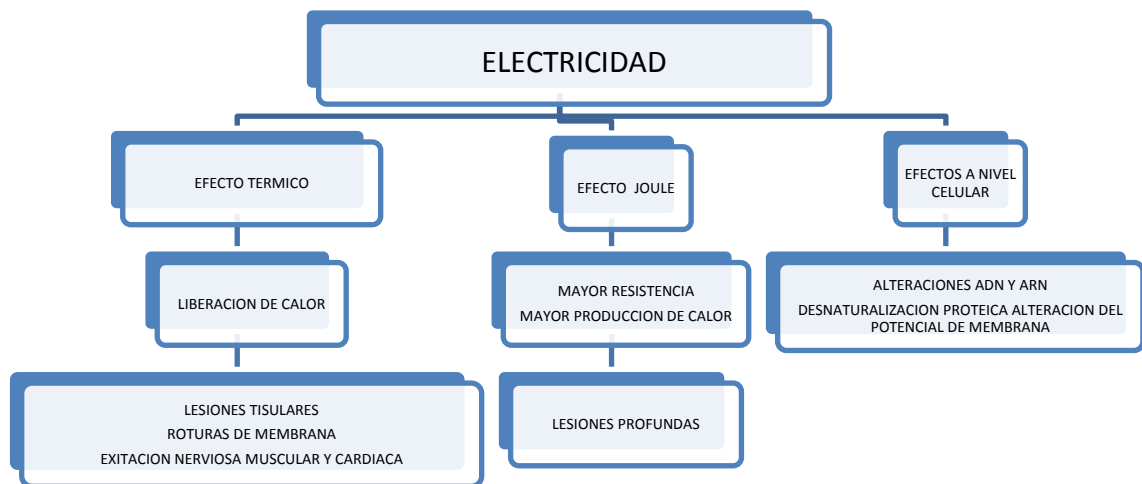
Según Kramlinger (2001):

El rayo puede producir de forma inmediata paro cardio respiratorio susceptible de ser tratados con éxito si la víctima es atendida oportunamente. A nivel cutáneo pueden verse quemaduras típicamente superficiales, con figuras en araña o arborescentes que tienden a desaparecer con una hidratación adecuada que impida la trombosis extensa de los vasos cutáneos. Estas lesiones por Rayos se han reportado como letales hasta en 1/3 de casos. (p. 37).

En forma tardía se ha observado hemorragia de grandes o medianos vasos, los cuales se encuentran localizados en los sitios afectados a causa de arteritis desbridamiento inapropiado (traumático) o exposición prolongada de los vasos sin cobertura tisular. Se han reportado casos de un aumento en la incidencia de Colelitiasis en los dos años siguientes a la lesión, así también es frecuente la aparición de cataratas a los tres años o más de producida la quemadura si el sitio de contacto o centrada fue a nivel de cabeza o cuello.

FISIOPATOLOGÍA DE LA QUEMADURA ELÉCTRICA

Tipos de Efectos como producto de Accidentes Eléctricos



Fuente: Dávalos. 2002 pág. 67

6.2.2.2. Quemaduras Químicas

Herton (2009):

Existen decenas de miles de productos químicos potencialmente capaces de producir lesiones tisulares especialmente en las manos y miembros superiores por manipulación. En estos casos el daño tisular es directamente proporcional a la concentración del agente, cantidad, concentración, tiempo y forma de contacto y reacciones. En general los ácidos producen necrosis por coagulación, los álcalis producen licuefacción tisular y los vesicantes producen necrosis isquémica y anóxicas seguidas de edema por liberación de histamina y serotonina. El daño tisular continua mientras el agente no sea eliminado o neutralizado o hasta agota su toxicidad por reacción con los tejidos; otras sustancias producen además toxicidad sistémica al absorberse a través de la piel y mucosas, así, el ácido fluorhídrico (trabajadores de cristal y plantas procesadoras), ácido oxálico y fósforo producen hipercalcemia; otros, como el ácido tánico, fórmico y pícrico pueden ocasionar daño renal y/o hepático. Concomitantemente pueden producirse lesiones por inhalación especialmente por ácidos fuertes o amoníaco (en ambientes cerrados). (p. 54).

En cuanto a las Quemaduras Químicas Dávalos (2012), establece que:

De los agentes ácidos seguramente el fluorhídrico es el más involucrado a nivel industrial por su amplia utilización, siendo éste el que produce lesiones profundas por la rápida destrucción de la barrera cutánea a causa de los iones de hidrogeno, permitiendo la penetración de los iones de flúor a través de la piel dañada, ocasionando necrosis por licuefacción del tejido subcutáneo, descalcificación ósea y deshidratación local, el proceso destructivo puede durar varias horas o días provocando daños extensos y efectos tóxicos sistémicos si el tratamiento es tardío. (p. 65).

En Dávalos (2002), se menciona que:

Cabe señalar que la inyección intersticial o extravasación de agentes químicos o fármaco irritantes durante las inyecciones intravenosas ocasiona una reacción inflamatoria importante que puede manifestarse como un simple eritema transitorio con edema hasta la necrosis tisular con formación de una gruesa y ulceración. Los medicamentos que seguramente producen las lesiones más graves son los antineoplásicos, seguidas de drogas comúnmente usadas en nuestra práctica diaria como Diacepan, Digoxina, Tiopenal, Bicarbonato de Sodio, Gluconato de Calcio, Nafcilina y Tetraciclina (p. 81).

Las alcalosis son de manejo más ordinario en los hogares ya que son parte constitutiva de productos de limpieza de hornos, destapa cañerías, fertilizante y cementos. Generalmente producen un daño inicial menos importante que los ácidos pero provocan finalmente mayor daño celular ya que son capaces de licuar los tejidos haciendo factibles una mayor penetración.

Kramlinger (2001):

Las quemaduras con fosforo son frecuentes en el personal militar y en sitios de fabricación de fuegos artificiales, las partículas que llegan a la piel y se exponen al hiere entran en ignición en forma espontánea y se oxida rápidamente para formar pentóxido fosforoso. Se extingue con el agua, pero al secarse las partículas restantes pueden volver a producir ignición, pero rara vez provocan toxicidad sistémica. (p. 28).

Herton (2009):

Otros agentes en cambio pueden entrar en ignición en forma espontánea al hacer contacto con el agua, un ejemplo de ellos son el sodio, potasio, y litio, ventajosamente se hallan muy raramente involucrados como agentes causales. (p. 95).

6.2.2.3 Quemaduras por líquido hirviendo



FUENTE: GOOGLE: http://litadominguez.blogspot.com/2010_05_01_archive.html

Las quemaduras en niños por el contacto con líquido hirviendo es la primera causa de ingreso de los menores en la unidad de quemados del HBO, todos estos accidentes suceden dentro del ambiente familiar por descuidos de los cuidadores al momento de manejar recipientes que contienen líquido hirviendo. (Fernández 2009)

El grado de quemadura varía de la temperatura del líquido hirviendo, de la cantidad, de las zonas afectadas.

Herton: <http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/factsheets/ChildAbuseSP012206.pdf> indica que La profundidad de la quemadura, depende la temperatura del agua del grosor de la piel y de la duración del contacto, El agua a 60°C crea una quemadura profunda de la dermis en 3 segundos pero causara la misma lesión en segundo a 69 °C un café recién preparado con una cafetera eléctrica automática está a unos 82 °C cuando entra en la cafetera, la temperatura del café se acerca a 70 °C. el agua hirviendo causa quemaduras profundas de la dermis, a menos que la duración del contacto sea muy breve. Las sopas y salsas, que tiempo en contacto con la piel e invariablemente provocan quemaduras dérmicas profundas en general la profundidad de la quemaduras tiende a ser menos en las áreas expuestas que en las áreas vestidas. La ropa retiene el calor y mantiene el líquido en contacto con la piel más tiempo. En consecuencia las quemaduras provocadas por líquido hirviendo son un mosaico de quemaduras dérmicas superficiales e indeterminadas.

Las quemaduras por inmersión son profundas a menudo como consecuencias de la exposición prolongada de la piel, la temperatura del agua no necesita ser tan alta como en las quemaduras cuando el niño se encuentra vestido. Linares 2009 pág. 90

6.2.2.4. Quemaduras por fuego directo



Google: <http://mundowiz.blogspot.com/2012/03/se-prende-fuego-por-visita-del.html>

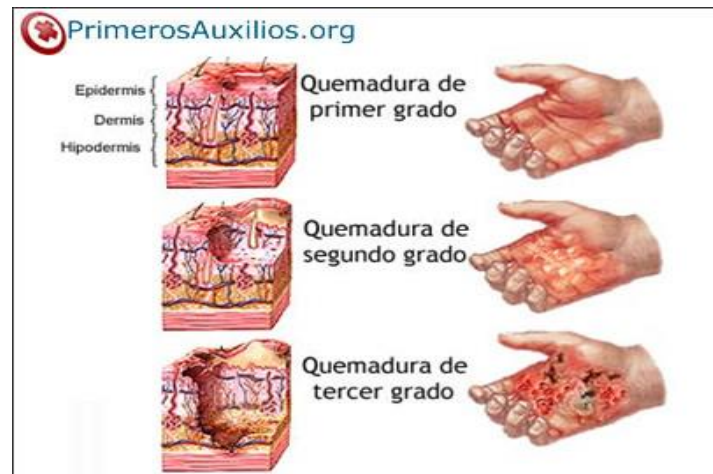
Las quemaduras por fogonazos y llamas representan aproximadamente la mitad de los ingresos en las unidades de quemados regionales americanas, la explosión de gas natural, propano, gasolina y otros líquidos inflamables, provocan un calor intenso durante un periodo de tiempo muy breve. En particular, la gasolina tiene vapores muy inflamables que son 3 o 4 veces densos que el aire. A temperatura ambiente, estos vapores difunden por encima del suelo y se pueden acumular en espacios cerrados^{Phan, 2007 pág. 81}

Frecuentemente este tipo de accidentes ocurren cuando las personas adultas se encuentran manipulando inadecuadamente líquidos inflamables al momento de quemar basura, o preparar algún alimento, las malas condiciones, las quemaduras por fogonazos alcanzan capas más profundas de la piel en proporción a la cantidad y clase de combustible que explote. Aunque estas quemaduras cicatrizan, en general sin injertos de piel extensos, pueden cubrir grandes zonas y se pueden asociar a daños térmicos en vías respiratorias altas.

Las quemaduras por llamas afectan invariablemente a la dermis profunda si no llegan a ser de grosor completo tras una exposición prolongada al calor intenso, el descuido al fumar, el uso incorrecto de líquidos inflamables, los accidentes de tráfico, y el incendio de la ropa por estufas o calentadores son frecuentes (<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20de%20quemados.pdf>)

6.3. Grado de Quemaduras

Grado de Quemadura



Fuente: <http://html.rincondelvago.com/prevencion-de-lesiones-deportivas.html>

En este tipo de accidentes es primordial determinar el grado y la profundidad de la quemadura, según varios autores consideran que existen de tres tipos de quemaduras: de primero, segundo y tercero. Otros consideran que existe otro grado más, es decir un cuarto grado, dependiendo del grado de la quemadura se determinará el ingreso o no al proceso de hospitalización, tomándose como referencia para esta toma de decisión de la capa de la piel afectada, las mismas que pueden ser epidermis dermis y tejido subcutáneo. ^{medynet.com}

6.3.1. Primer Grado

Quemadura de primer grado



Fuente: http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/1734227/Quemaduras___Que-Debemos-Hacer_.html

Este tipo de quemaduras son de tipo superficial, compromete la primera capa de la piel, la epidermis. El color del área afectada es de tipo rosado y se presenta mucho dolor, al contacto.

Las quemaduras son un riesgo presente en todo hogar; un niño puede quemarse por lavarse con agua demasiado caliente o por derramar una taza de café. En realidad, las quemaduras, en especial las escaldaduras provocadas por agua y líquidos calientes, son uno de los accidentes infantiles más comunes. Los bebés y niños son más vulnerables que los adultos porque son curiosos, pequeños y su piel sensible necesitan más protección.

Si bien las quemaduras leves no representan un problema serio y es posible tratarlas sin riesgos en el hogar, las quemaduras más graves requieren atención médica. Pero, muchas veces, se pueden evitar las quemaduras tomando algunas sencillas precauciones para hacer de la casa un lugar más seguro. (Fernández 2009)

6.3.2. Segundo Grado

Quemadura de segundo grado



Fuente: <http://elmercaderdelasalud.blogspot.com/2011/06/fotodermatitis-cancer-de-piel.html>

En este grado de quemadura está intervenida la dermis y la epidermis, debido a que en este tipo de quemadura se ha transferido el calor en una capa más profunda en este grado de quemadura la piel se torna de color rosado o blanco y existe menor presencia de dolor. (Linares 1993)

Las quemaduras de segundo grado causan flictena o ampollas. pueden ser de grosor parcial superficial o profundo.

- Grosor parcial superficial: Afecta la epidermis y la dermis papilar. Al remover las flictemas el fondo es rosado, son dolorosas y hay sensibilidad al tacto. La mayoría son ocasionadas por agua caliente. Reepitelizan entre 7 y 14 días.

Signos de la quemadura:

- Fuerte enrojecimiento de la piel
- Dolor
- Ampollas (Flictenas)
- Apariencia lustrosa por el líquido que supura
- Posible pérdida de parte de la piel
- Hipersensibilidad al aire
- Aumento de la permeabilidad vascular (edemas)

6.3.2. Tercer Grado

Quemadura de tercer grado



Fuente: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/atlas%20de%20cirug%C3%ADa%20de%20quemaduras>

Cuando existe un tercer grado indica que el contacto con el agente térmico ha ingresado desde la dermis, la epidermis y ha llegado al tejido subcutáneo, aquí el área afectada se torna de color blanco o negro y no hay presencia de dolor ya que en esta tercera capa se encuentran las glándulas y los folículos. (www.medynet.com)

Una quemadura de tercer grado penetra por todo el espesor de la piel; incluyendo nervios, vasos sanguíneos, linfáticos, etc. Si se destruyen los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas, se compromete la capacidad de regeneración. Este tipo de quemadura no duele al contacto, debido a que las terminaciones nerviosas fueron destruidas por la fuente térmica. (www.medynet.com)

Signos:

- Pérdida de capas de piel
- A menudo la lesión es indolora, porque los nervios quedan inutilizados (puede que el dolor sea producido por áreas de quemaduras de primer grado y segundo grado que a menudo rodean las quemaduras de tercer grado)
- La piel se ve seca y con apariencia de cuero
- La piel puede aparecer chamuscada o con manchas blancas, cafés o negras
- Ruptura de piel con grasa expuesta
- Edema
- Superficie seca
- Necrosis
- Sobreinfección

Causas:

- Fuego
- Exposición prolongada a líquidos calientes
- Contacto con objetos calientes o electricidad

6.3.3. Cuarto Grado

Gráfico 6: Quemadura cuarto grado



Fuente: <http://emergencia23drvillegas.blogspot.com/2012/03/quemadura-de-cuarto-grado.html>

En este grado de quemadura no solo se ve comprometida la piel sino llega hasta el musculo, inclusive hasta los huesos, el tejido se torna necrótico y el paciente puede llegar a fallecer, o a perder el miembro involucrado. www.medynet.com

Evaluación de la Profundidad de una Quemadura

EVALUACIÓN DE LA PROFUNDIDAD DE UNA QUEMADURA			
tipo de quemadura	aspecto clínico	Color	Sensibilidad
Superficial 1er grado Tipo A	Eritema	Rojizo	Hiperalgnesia
Intermedia 2do grado tipo AB	Escara intermedia	Rosado o blanco	Hipoalgesias
Profunda 3er grado tipo B	Escara profunda	Blanco o negro	Analgesia

Fuente: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20de%20quemados.pdf>

Tipos de Quemaduras



Fuente: <http://pqax.wikispaces.com/Tema+15.+Lesiones+por+calor,+electricidad+y+c%C3%A1usticos.+Traspl>

Clasificación de Kirschbaum

Esta clasificación agrega un cuarto grado, en el cual se toma en cuenta el aspecto físico de la lesión, su sensibilidad, compromiso histológico y su correlación con el agente causal.

Clasificación de Kirschbaum

GRADO	ASPECTO	HISTOLOGÍA	SENSIBILIDAD	AGENTE
1er	Eritema, flictena, microscópicas.	Epidermis	Dolor, ardor	Fuente radiante sol
2do. Superficial	Vesículas, flictenas, lecho o escaras, rojiza conserva folículo piloso	Epidermis y parcialmente la dermis papilar Reepitelización espontánea 15-12 días	Hiperalgia	Líquido hirviente Fogonazo, flama, fuente radiante intensa.
2do. Profunda	Leche o escara, blanquecino, o ligeramente rosado	Epidermis, dermis papilar y parte de la retícula	Hipoalgia	Líquido hirviente, fogonazo, flama Sólidos calientes Agentes térmicos
3er.	Escaras blancas, duras y acartonadas	Interesa todo el espesor de la piel	Analgesia	Fuego Electricidad Agente térmico
4to.	Carbonización	Piel, TCS, huesos, músculos etc.	Analgesia	Fuego Electricidad

Fuente: Dávalos. 2002. Quemaduras Tratamiento Integral pág. 51

En este tipo de clasificación la gravedad de la quemadura está determinada por la intensidad de la temperatura y por la duración de la exposición al agente causal, tanto para determinar el espesor como la extensión de la quemadura define el pronóstico del paciente. (Dávalos 2005)

Depende del área donde se encuentre la quemadura puede variar el grado de profundidad, una escara blanquecina en la región posterior de la nalgas o en el tórax posterior puede significar una quemadura de segundo grado profunda, mientras que el dorso de la mano, donde la piel es mucho más fina puede tratarse invariablemente de una quemadura de tercer grado, el conocimiento del agente causal también es de mucha ayuda para suponer una determinada profundidad. (www.medynet.com)

MARCO METODOLÓGICO

HIPÓTESIS

Por las características de la problemática planteada se ha determinado las siguientes hipótesis a comprobarse.

Hipótesis 1

- Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos.

Hipótesis 2

- El tipo de personalidad de los padres de los niños con quemaduras influye en el desarrollo de un trastorno de ansiedad, depresión o cuadros mixtos

Matriz de variables.

Por medio de la siguiente matriz se explicara detalladamente las características de las variables de las hipótesis planteadas, se determinara las definiciones conceptuales, los indicadores de medida, las escalas de medición para establecer adecuadamente su comprobación.

Hipótesis 1

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: Grado de quemaduras.	Son lesiones tisulares agudas causadas por el contacto con un agente térmico se determinan en primero, segundo y tercer grado.	Magnitud de la superficie afectada. Sustancia con la cual sufrió la quemadura. Agente causal: líquidos hirviente, corriente eléctrica, frío, fuego, sustancias químicas	% numérica Numérica Nominal
Variable dependiente: Trastornos de ansiedad depresión y cuadros mixtos.	Depresivo: Es un trastorno del estado de ánimo, un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Ansioso: es la presencia de ansiedad fuera de los límites normales. Mixto: Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, sin predominio de ninguno de los dos.	Signos y síntomas que presente una persona. Llanto frecuente. Disminución de energía. Pérdida de confianza. Pérdida de peso. Dificultades de sueño. Dolores musculares. Irritabilidad. Síntomas vegetativos Tensión.	Escala numérica: Test de Goldberg
Variable moderadora: Vínculo afectivo.	Es la relación que guarda un padre con su hijo de cariño amor, afecto y preocupación.	Grado de relación: buena, muy buena, regular, mala.	Nominal

Hipótesis 2

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: Tipo de personalidad.	Es un conjunto dinámico de características de una persona.	Tipo de personalidad evaluado por cuestionario de personalidad de la SEAPSI.	Numérica/nominal Afectivas Cognitivas Comportamentales Déficit relacional
Variable dependiente. Trastornos ansiosos depresivos o mixtos.	Un estado de enajenación mental que afecta la vida diaria. Depresivo: es un trastorno del estado de ánimo, un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Ansioso: es la presencia de ansiedad fuera de los límites normales. Mixto: Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, sin predominio de ninguno de los dos.	Tipo de trastorno desarrollado Ansioso Depresivo Ansioso-Depresivo	Nominal Probable caso o no.
Variable moderadora: Tipo de quemadura del niño.	Son lesiones tisulares agudas causadas por el contacto con un agente térmico se determinan en primero, segundo y tercer grado.	Magnitud de la superficie afectada. Sustancia con la cual sufrió la quemadura Agente causal: líquidos hirvientes, corriente eléctrica, frío, fuego, sustancias químicas.	% numérica Numérica Nominal

DEFINICIONES OPERACIONALES

Ansiedad:

Para determinar si los sujetos de investigación presentaban signos y síntomas característicos de un cuadro de ansiedad se aplicó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en la cual existe sub-escalas para determinar ansiedad, se les aplico de manera individual.

Depresión:

Para determinar si los sujetos objetos de estudio tenían signos y síntomas característicos de un cuadro depresivo se aplicó el reactivo de Goldberg en el cual existen dos sub-escalas para determinar síntomas depresivos, el cual se les aplico de manera individual.

Vínculo:

Para saber si el vínculo juega algún papel importante en el desarrollo de cuadros ansioso depresivos se determinó por medio de la interconsulta que se la realiza al momento del ingreso en la cual se determina la relación que mantienen con el menor, por medio de la encuesta elaborada se aplicaron preguntas específicas para determinar la reacción durante la visita.

Personalidad:

Para determinar el estilo de personalidad se aplicó el cuestionario de personalidad de la sociedad ecuatoriana de psicoterapia y asesoramiento SEAPsI, con el que se logra determinar en qué estilo de personalidad se encasillan los objetos de estudio.

Quemaduras:

El grado de quemaduras se determina en la historia clínica por medio del diagnóstico del médico tratante, esto se determina en primer, segundo, tercero y cuarto grado, y en la encuesta elaborada se solicita que los padres de los niños con quemaduras para determinar si conocen el grado de afectación de los niños.

Tipo de Investigación

- La investigación será de tipo explicativa correlacional ya que se buscara la relación que existe entre la quemadura y el desarrollo de un trastorno.

Diseño de la Investigación

Diseño Cualitativo - Cuantitativo

Ya que se buscará las cualidades independientes de cada persona objeto de estudio y se cuantificará por medio de reactivos psicológicos que arrojan en cantidades los resultados buscados.

Población y muestra

Se trabajara con los padres de los niños que lleguen al servicio de quemaduras del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito de enero hasta agosto del 2012.

Características de la Población o Muestra

Los padres que tengan un hijo ingresado en el servicio de quemaduras

No importa el grado de quemadura del niño para que sea objeto de estudio ya que se verificara su influencia para el desarrollo de un trastorno.

Diseño de la muestra

- No probabilística: ya que se tomaran en cuenta a todos los padres de los niños que lleguen al servicio de quemaduras de Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito en un periodo temporal.

Tamaño de la muestra

Se tomarán en cuenta a todos los casos cuyos hijos estén internados en el área de quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito entre los meses de enero hasta agosto del 2012 que es una población aproximadamente de entre 30 y 50 casos

TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN

Encuesta elaborada

Se elaboró una encuesta para determinar datos socio-demográficos, relación con el personal de salud del servicio y sintomatología característica de cuadros ansiosos depresivos, durante el ingreso de los menores a la unidad de quemados, su aplicación se la realizó de manera personal y privada con cada uno de los padres, ya que en ocasiones era necesario explicar cada pregunta debido al nivel académico de las personas objeto de estudio.

Test de ansiedad y depresión de Goldberg

Este reactivo nos sirve para medir si la persona a la que se le aplica se determine si tienen sintomatología que determine cuadros de ansiedad, depresión, o cuadros mixtos (ansioso-depresivo), su aplicación se la realizó de manera individual y personal, leyendo cada una de las preguntas y receptando la respuesta, en ocasiones era necesario explicar el sentido de las preguntas y explicar ciertos términos que se tornaban de difícil comprensión para los pacientes, de este modo se aseguró que las respuestas dadas sean lo más exactas y correctas posibles.

Cuestionario de personalidad de la SEAPSI

El cuestionario de personalidad de la SEAPSI, se encuentra dividido en diez grupos correspondientes a cada estilo de personalidad y cada uno con diez preguntas que nos ayudan a determinar el estilo predominante de cada persona, a través de la aplicación individual a cada una de las personas, explicando los términos que se presentaban de manera incomprensible para las personas objetos de estudio, recetando las respuestas para que el diagnóstico de personalidad sea lo más veraz posible.

ENCUESTA ELABORADA

Se realizó un encuesta para determinar el nivel socioeconómico de las personas sujetos de investigación en la cual se determinó nivel socio económico, características de su situación económica, nivel de instrucción, si se han presentado alguna dificultad con el personal de salud, y si existe la presencia de signos y síntomas que nos darán pautas para identificar el padecimiento o no de una patología con la confirmación al momento de aplicar los reactivos pertinentes. Se realizó un pilotaje con 15 padres de familia del servicio de traumatología que es un área con características similares y nos sirvió para modificar algunas preguntas para un mejor entendimiento al momento de la aplicación a los padres de los niños de la unidad de quemados. Y la importancia de incluir nuevas preguntas para complementar, datos de importancia para el proceso de investigación.

TEST PARA IDENTIFICAR CUADROS DEPRESIVOS, ANSIOSOS, O MIXTOS ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la sub escala de ansiedad, 1 o más en la sub-escala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para su aplicación

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve presencia en el sentir del individuo.

REACTIVO PARA DETERMINAR EL TIPO DE PERSONALIDAD DE CADA CASO

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Este cuestionario fue creado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoría y psicoterapia integrativa (SEAPSI). En el año 2004 se inició su creación su primeras aplicaciones fueron el hospital Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito. Después de esto fue validado en la ciudad de México con alrededor de 500 estudiantes, y desde entonces se ha venido aplicando en diferentes instituciones de nivel de consulta particular y en las diferentes instituciones en el Ecuador.

INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

La finalidad del Cuestionario de Personalidad SEAPSI, es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos: **Personalidades Afectivas:** Histriónica (h) Ciclotímica (c) **Personalidades Cognitivas:** Anancástica (a) Paranoide (p) **Personalidades Comportamentales:** Inestable (i) Disocial (d) **Personalidades con déficit en la relación:** Evitativa (ev) Dependiente (d) Esquizoide (e) Esquizotípica (ez)

GENERALIDADES

El Cuestionario de Personalidad SEAPSI, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección. Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

OBJETIVOS

- Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad.
- Generar un perfil de rasgos de personalidad.
- Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos.
- Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

SUJETOS DE APLICACIÓN

Es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 15 años.

APLICACIÓN Y CONSIGNA

- Puede ser aplicada de forma:
 - Individual, el terapeuta lee cada frase, la consigna es “en el siguiente cuestionario señale si la frase leída corresponde a un comportamiento habitual suyo”
 - Colectiva, la instrucción a ser impartida es “lea cada frase y señale con las que más se identifique”

CALIFICACIÓN:

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 – 10. Luego estos resultados se trasladan a la tabla.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la recolección de datos se aplicó una encuesta elaborada en la que se aplicó a todos los padres objetos de estudio en el cual se determinó nivel socio-económico principalmente y otros datos de importancia para la investigación de, además se aplicó un reactivo para determinar si los padres presentan síntomas de ansiedad y depresión, y por último se les tomó un cuestionario para saber el tipo de personalidad que más predomina en los padres de los niños con quemaduras, y los resultados se presentan en tablas y gráficos a continuación con su respectiva interpretación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz según género.

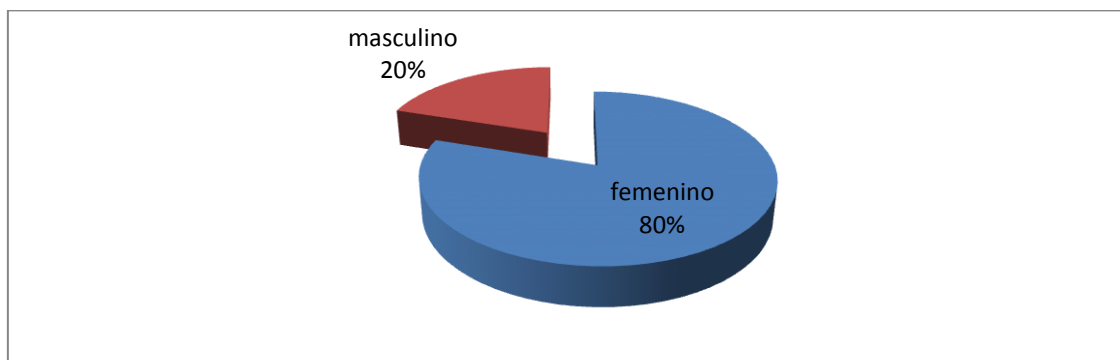
Tabla 1

GENERO	NUMERO	PORCENTAJES
FEMENINO	44	80%
MASCULINO	11	20%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz según género.

Gráfico 1



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

El género de mayor participación en cuanto a permanencia con el paciente hospitalizado es el femenino, ya que son las madres de familia las que permanecen con los niños mientras se encuentran hospitalizados, lo cual puede explicarse por diversas razones, siendo las de mayor frecuencia que el padre es el sostén de familia o que las características laborales del mismo no le permiten afrontar esta situación, así también se puede mencionar que en el caso de hogares desestructurados los niños se quedan al cuidado de la madre y finalmente que es una petición por parte de los médicos, los cuales solicitan que sean mujeres las que se queden durante la noche.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según rango de edad.**

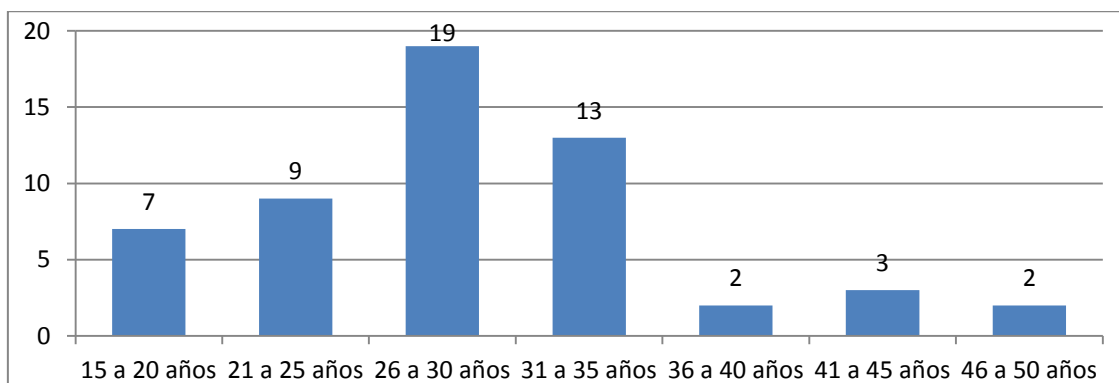
Tabla 2

RANGO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJES
15 a 20 años	7	12%
21 a 25 años	9	16%
26 a 30 años	19	34%
31 a 35 años	13	23%
36 a 40 años	2	4%
41 a 45 años	3	5%
46 a 50 años	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según rango de edad.**

Gráfico 2



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

En cuanto a los rangos de edad de los padres el de mayor participación en la Unidad de Quemados es el comprendido entre los 21 a 31 años, lo que determina que son padres relativamente jóvenes, en edades fértiles, y los que en muchos casos se encuentran conformando familias con varios hijos y que no mantienen un control de su natalidad.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de Quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según ocupación.**

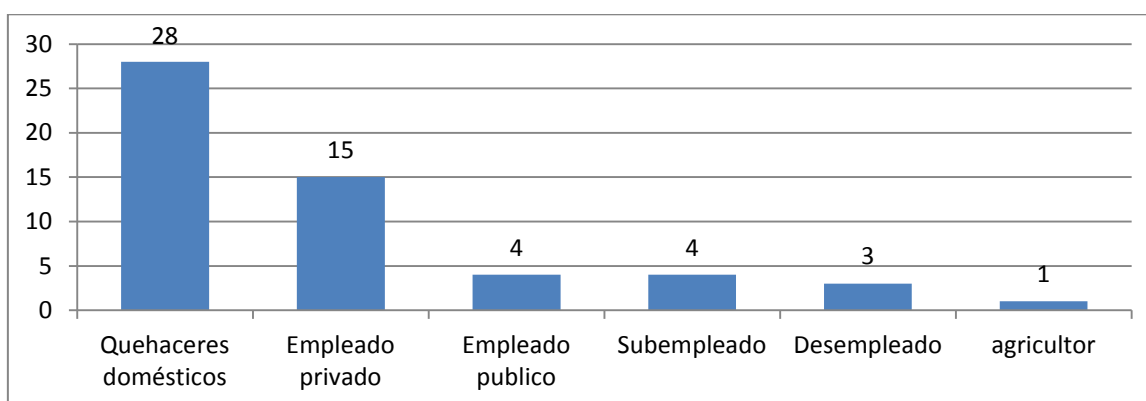
Tabla 3

OCUPACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Quehaceres domésticos	28	51%
Empleado privado	15	27%
Empleado publico	4	7%
Subempleado	4	7%
Desempleado	3	6%
agricultor	1	2%
Total	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de Quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según ocupación.**

Gráfico 3



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de las personas encuestadas se dedican a los QQDD debido a que son la mayoría madres de familia que permanecen al cuidado de los niños debido a la ocupación de los padres y que son ellas las encargadas de la crianza y cuidado de los niños.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según procedencia.**

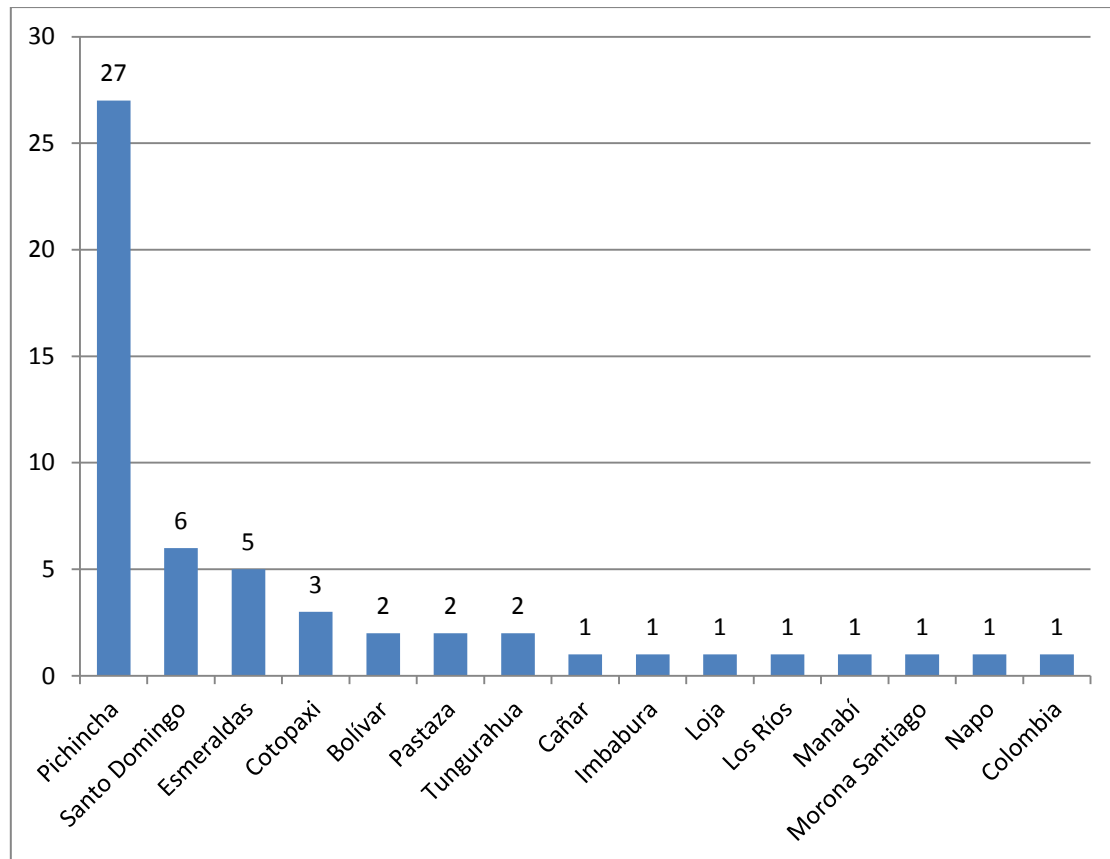
Tabla 4

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Pichincha	27	27%
Santo Domingo	6	6%
Esmeraldas	5	5%
Cotopaxi	3	3%
Bolívar	2	2%
Pastaza	2	2%
Tungurahua	2	2%
Cañar	1	1%
Imbabura	1	1%
Loja	1	1%
Los Ríos	1	1%
Manabí	1	1%
Morona Santiago	1	1%
Napo	1	1%
Colombia	1	1%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según procedencia.**

Gráfico 4



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La procedencia de los padres de los niños que se encuentran en el área de traumatología en su mayoría proviene de provincias situadas en la región sierra, y se encuentran distribuidos por todo el país.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según lugar de residencia.**

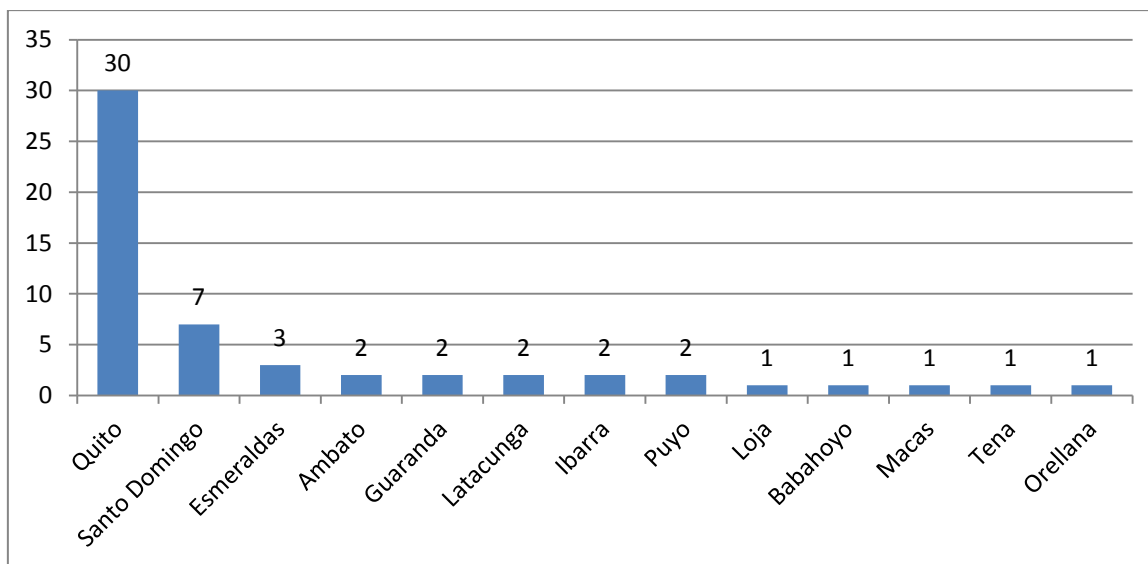
Tabla 5

LUGAR DE RESIDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Quito	30	30%
Santo Domingo	7	7%
Esmeraldas	3	3%
Ambato	2	2%
Guaranda	2	2%
Latacunga	2	2%
Ibarra	2	2%
Puyo	2	2%
Loja	1	1%
Babahoyo	1	1%
Macas	1	1%
Tena	1	1%
Orellana	1	1%
Total	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según lugar de residencia.**

Gráfico 5



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres residen la ciudad de Quito, esto se debe a la migración interna que existe en nuestro país, y que la mayoría de los padres no residen en el mismo lugar del que proceden.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según tipo de vivienda.**

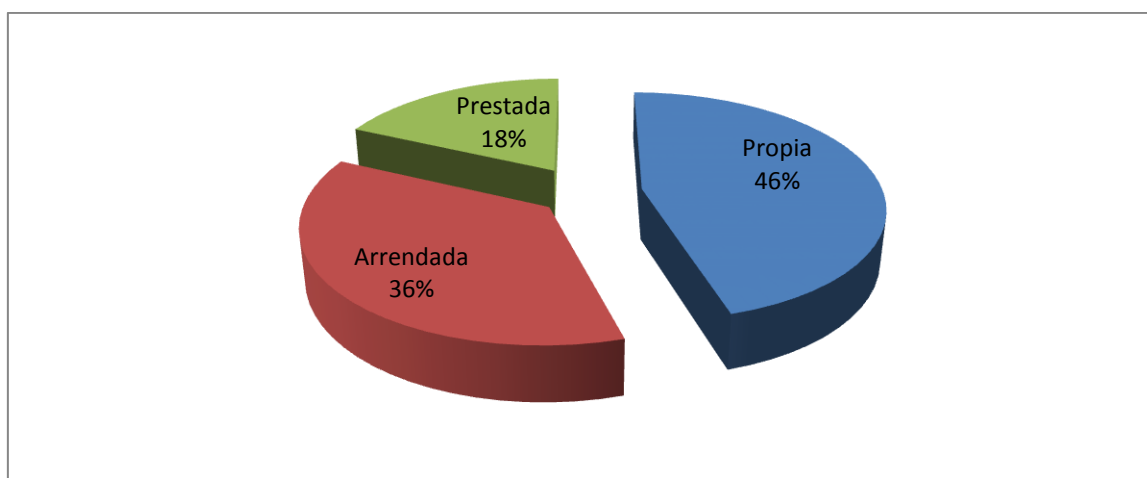
Tabla 6

TIPO DE VIVIENDA	NUMERO	PORCENTAJES
Propia	25	46%
Arrendada	20	36%
Prestada	10	18%
Total	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según tipo de vivienda.**

Gráfico 6



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Los padres de los niños que se encuentran hospitalizados tienen casa propia, algunos refieren que fueron incluidos en los planes de vivienda del gobierno para obtener vivienda por medio de un crédito del banco de la vivienda o la donación parcial o total de las viviendas, por parte de estado.

Los padres de familia que se encuentran arrendando indican que lo hacen las casas donde el arriendo no les represente un gran egreso.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados en el Hospital
Pediátrico Baca Ortiz según instrucción.**

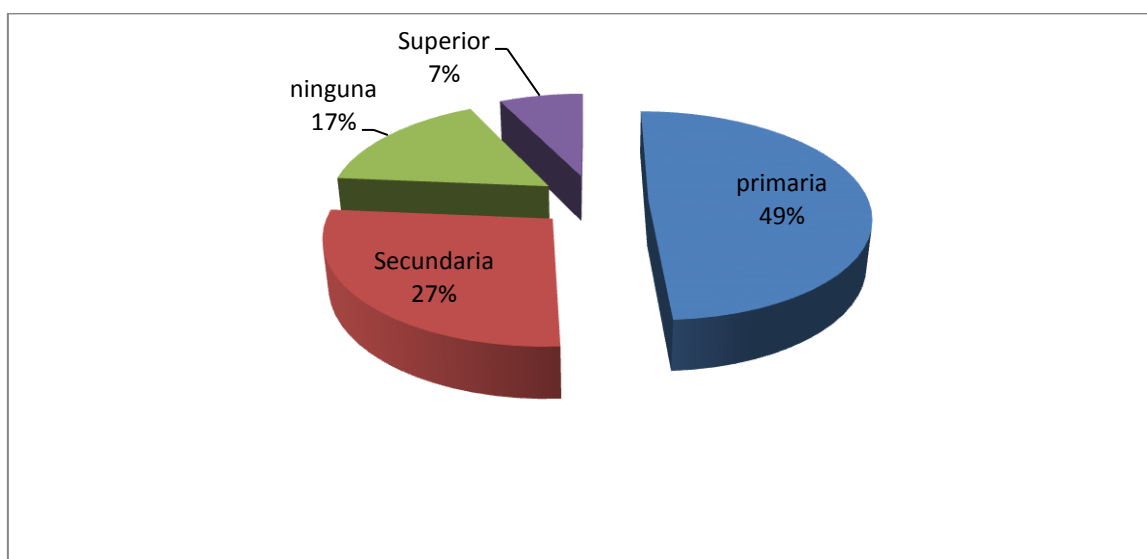
Tabla 7

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NUMERO	PORCENTAJES
primaria	27	49%
Secundaria	15	27%
ninguna	9	17%
Superior	4	7%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados en el Hospital
Pediátrico Baca Ortiz según instrucción.**

Gráfico 7



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Se pueden determinar que no existen padres sin ninguna instrucción, y la mayoría de padres llegan a la secundaria. Y un menor número con una instrucción superior, se puede ver que en el medio en que se aplicó la encuesta no se observa padres con altos niveles de conocimientos académicos

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según estado civil.**

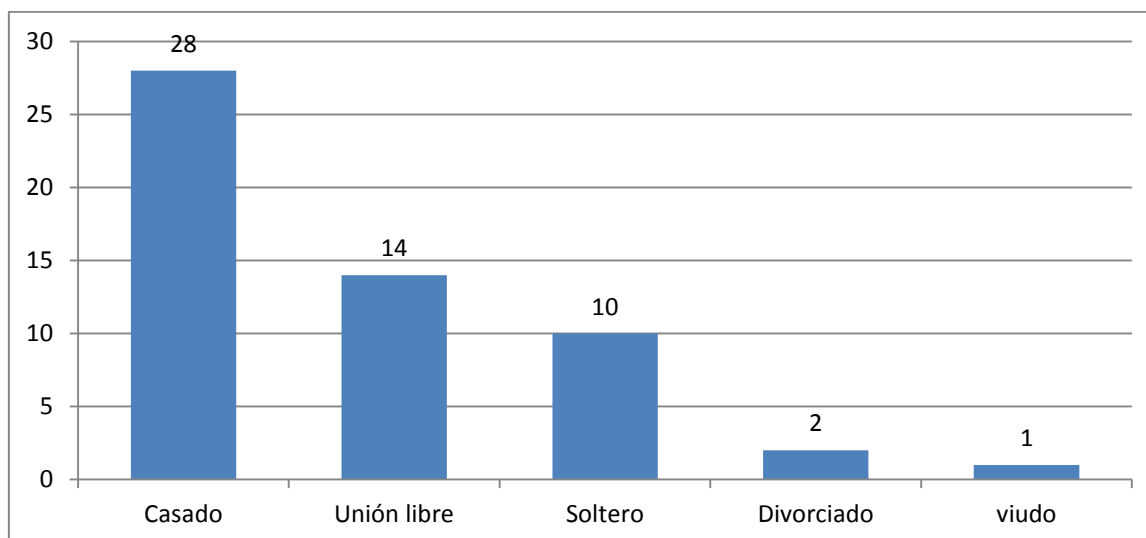
Tabla 8

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJES
Casado	28	%
Unión libre	14	%
Soltero	10	%
Divorciado	2	%
viudo	1	%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según estado civil.**

Gráfico 8



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres están casados y conforman hogares completos en su estructura, y casi en iguales porcentajes las personas que se encuentran solteras y en unión libre, no existen personas divorciadas.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según ingresos económicos de la familia.**

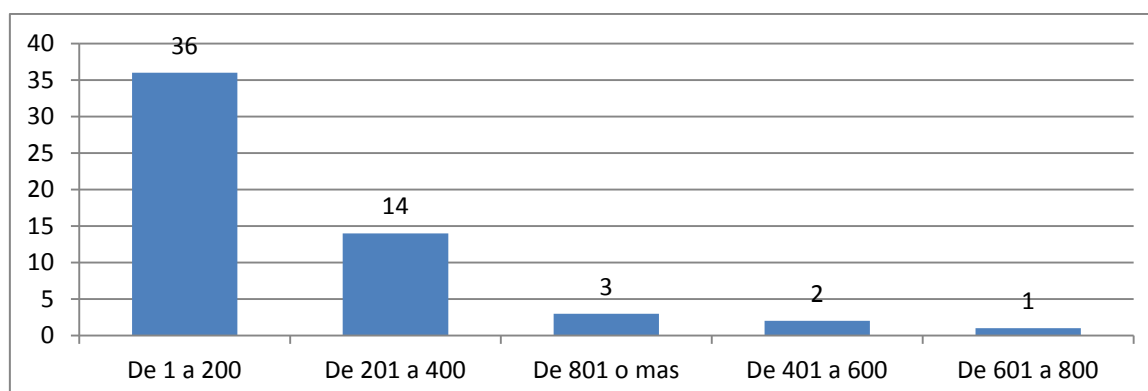
Tabla 9

INGRESO ECONÓMICO DE LA FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJES
De 1 a 200	36	64%
De 201 a 400	14	25%
De 801 o mas	3	5%
De 401 a 600	2	4%
De 601 a 800	1	2%
TOTAL	15	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según ingresos económicos de la familia.**

Gráfico 9



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Los ingresos económicos de los padres de los niños que se encuentran hospitalizados en el área de infectología son entre 1 a 400 dólares en su gran mayoría pero existe un gran porcentaje que no contestan a esta pregunta puede deberse al temor que existe de indicar la cantidad de ingresos familiares, porque en el HBO el estado garantiza gratuidad de la atención y medicamentos recibidos incluso accesorios que requieran los niños cuando salgan del hospital.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según servicios básicos que dispongan.**

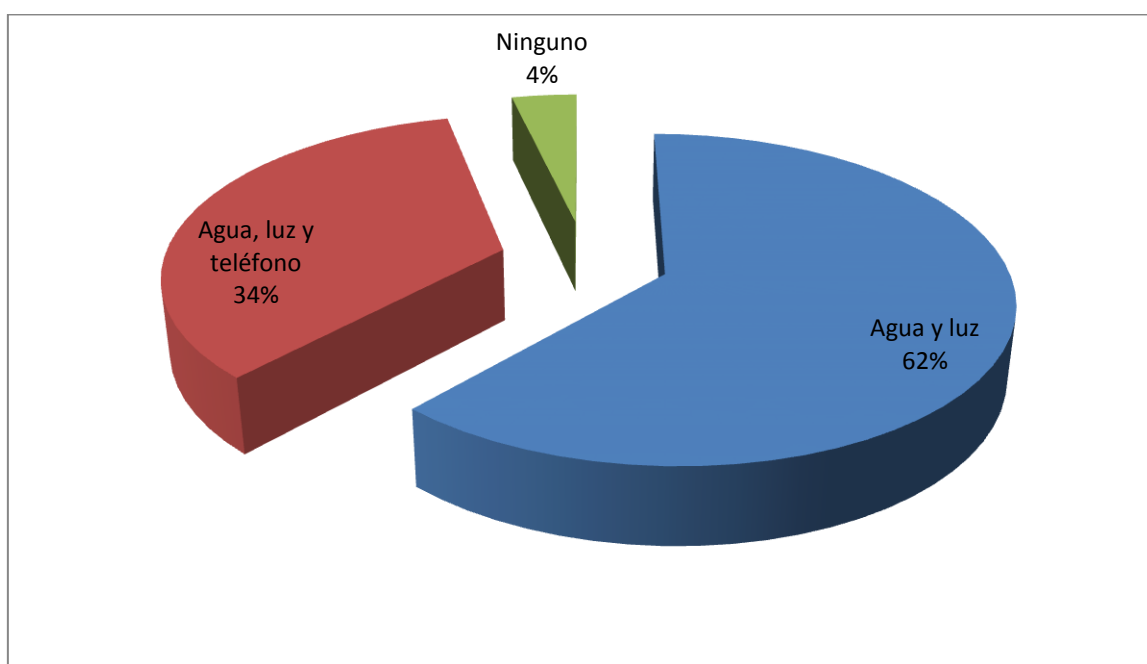
Tabla 10

SERVICIOS BÁSICOS	NUMERO	PORCENTAJES
Agua y luz	34	62%
Agua, luz y teléfono	19	34%
Ninguno	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según servicios básicos que dispongan.**

Gráfico 10



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres de los niños que se encuentran hospitalizados en el área de traumatología solo cuentan con servicios básicos de agua y luz y el resto de familias cuentan con los tres servicios básicos.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según servicios adicionales que dispongan.**

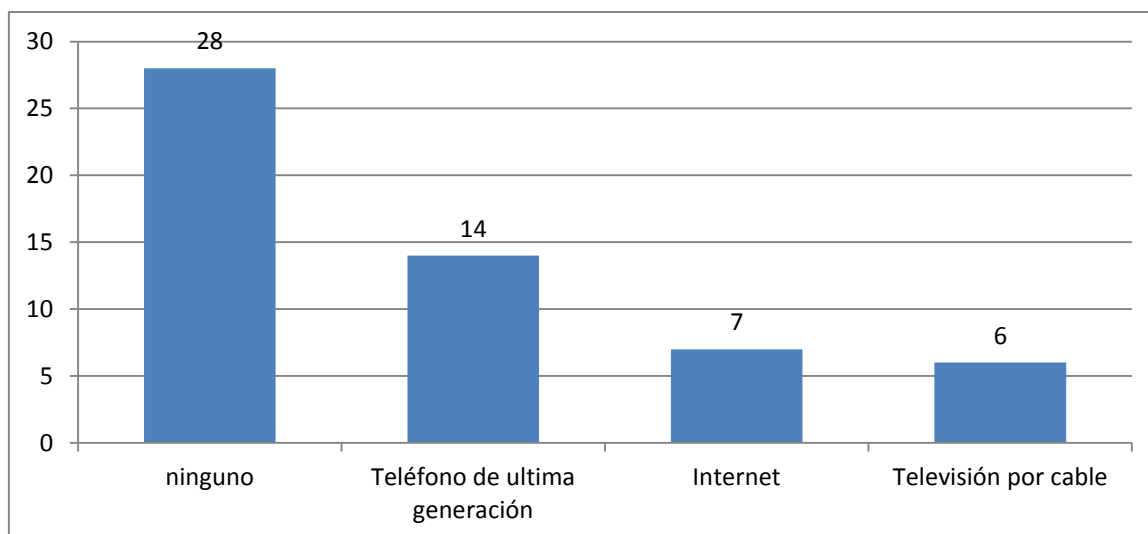
Tabla 11

SERVICIOS ADICIONALES	NUMERO	PORCENTAJES
ninguno	28	51%
Teléfono de última generación	14	25%
Internet	7	13%
Televisión por cable	6	11%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según servicios adicionales que dispongan**

Gráfico 11



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Los datos proporcionados nos indican que la mayoría, un 80% de los padres de los niños que se encuentran hospitalizados en el área de traumatología no tienen servicios adicionales los cuales concuerdan con los ingresos económicos de la familia proporcionados.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según número de miembros que tiene la familia.**

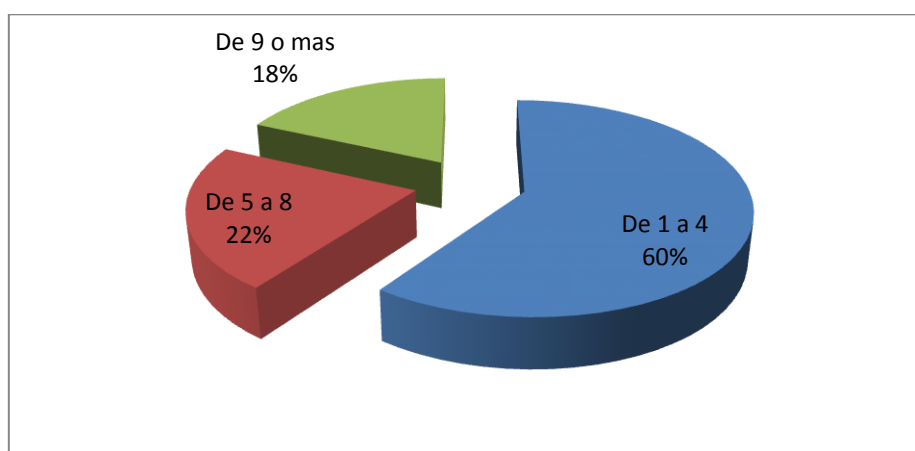
Tabla 12

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJES
De 1 a 4	33	60%
De 5 a 8	12	22%
De 9 o mas	10	18%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según número de miembros que tiene la familia.**

Gráfico 12



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Las familias en su gran mayoría se encuentran constituidas de entre 5 a 8 integrantes, por lo que con los ingresos familiares antes mencionados se nota que la distribución de gastos no les permite mantener privilegios de educación particular, servicios adicionales, y gastos extra de atención medica pagada, medicamentos extras.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según número de habitaciones con las que cuenta la vivienda.**

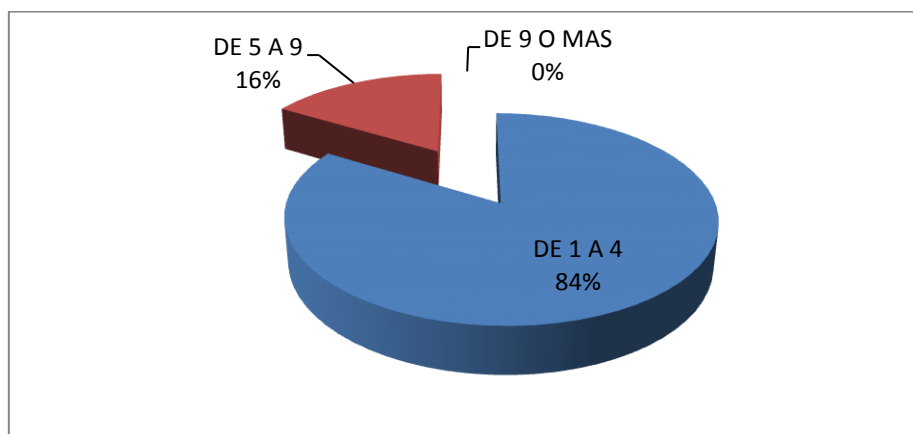
Tabla 13

NUMERO DE HABITACIONES	NUMERO	PORCENTAJES
DE 1 A 4	46	%
DE 5 A 9	9	%
DE 9 O MAS	0	%
TOTAL	15	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según número de habitaciones con las que cuenta la vivienda.**

Grafico 13



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Todos los padres de los niños que se encuentran hospitalizados en sus viviendas constan de 1 a 4 habitaciones, lo que nos lleva a pensar que se encuentran en un nivel económico bajo, debido a que sus ingresos económicos no les permite acceder a una casa más grande, y además de esto se puede determinar que el número mayoritario de personal integrantes de la familia es mayor al número de habitaciones por lo que nos daría datos de un posible hacinamiento en estas familias.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según tipo de material de la casa.**

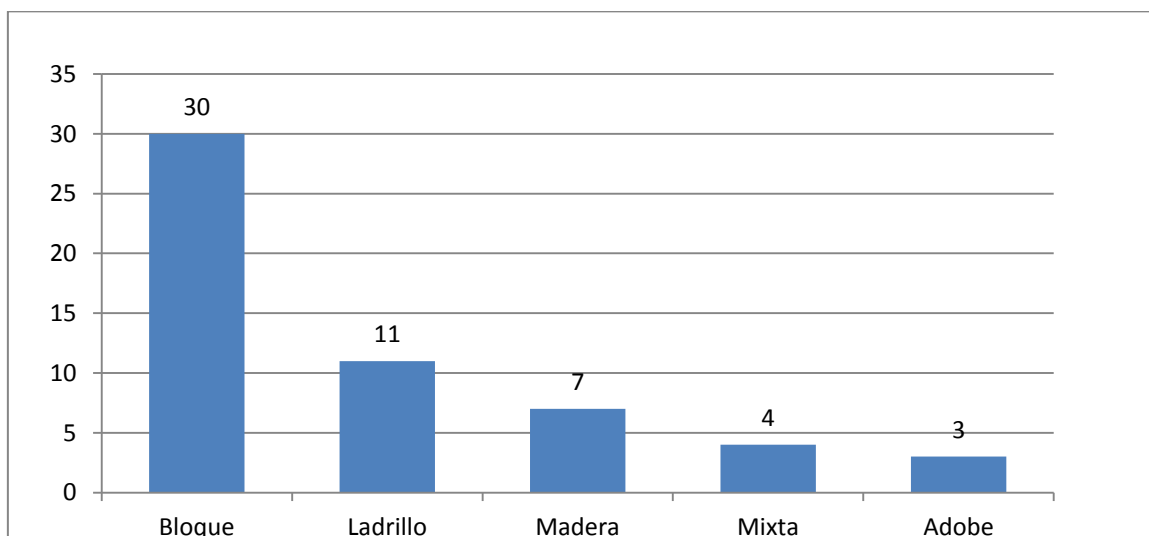
Tabla 14

TIPO DE MATERIAL	NUMERO	PORCENTAJE
Bloque	30	55%
Ladrillo	11	20%
Madera	7	13%
Mixta	4	7%
Adobe	3	5%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según tipo de material de la casa.**

Gráfico 14



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz.

INTERPRETACIÓN

El material de las casas de los padres de los niños que se encuentran hospitalizados en el área de traumatología es de ladrillo, seguido por bloque, y de construcción mixto. Lo que nos lleva a pensar que las condiciones de vivienda de estas familias se encuentran dentro de viviendas que ofrecen seguridad en cuanto a situaciones climáticas un poco más segura su protección que si fueran casas construidas de otros materiales, como madera, cartón, caña, etc.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según trato del personal médico.**

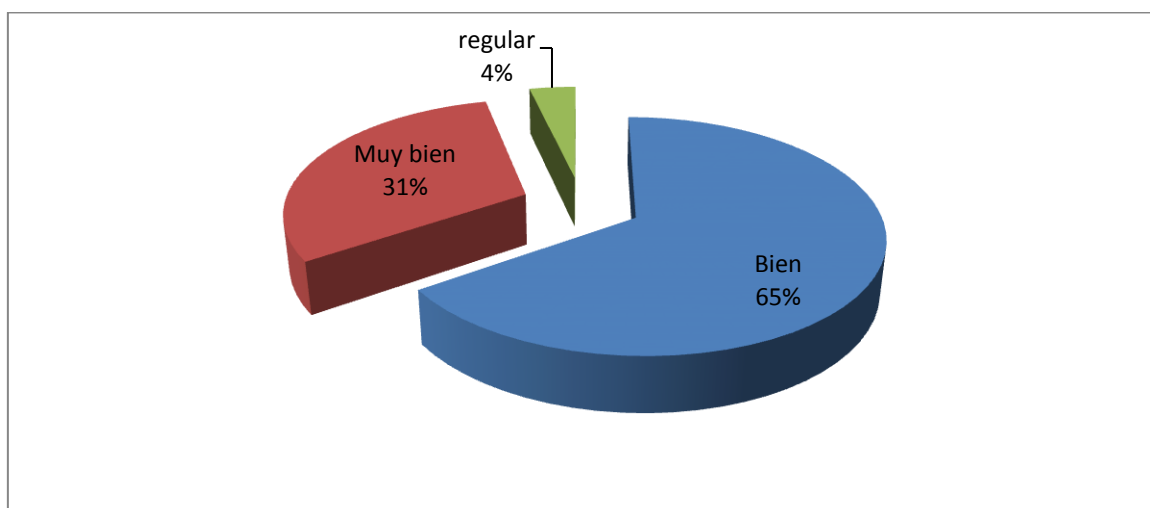
Tabla 15

Trato del personal medico	Número	Porcentaje
Bien	36	65%
Muy bien	17	31%
regular	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según trato del personal médico.**

Gráfico 15



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

El trato del personal médico en general hacia los padres de los niños que se encuentran hospitalizados en el área de traumatología es muy bueno según su percepción, y en un segundo lugar que los han tratado bien, esto puede deberse a la gran campaña que existen en cuanto al buen trato de los pacientes y familiares de los niños, y que si los padres o los niños no son tratados con amabilidad tiene la opción de extender una queja directamente a la dirección del hospital, y es enviado un memorando hacia la persona o servicio que no procuro un buen trato, y puede incluso causar el despido del personal.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según forma de informar el diagnóstico del paciente.**

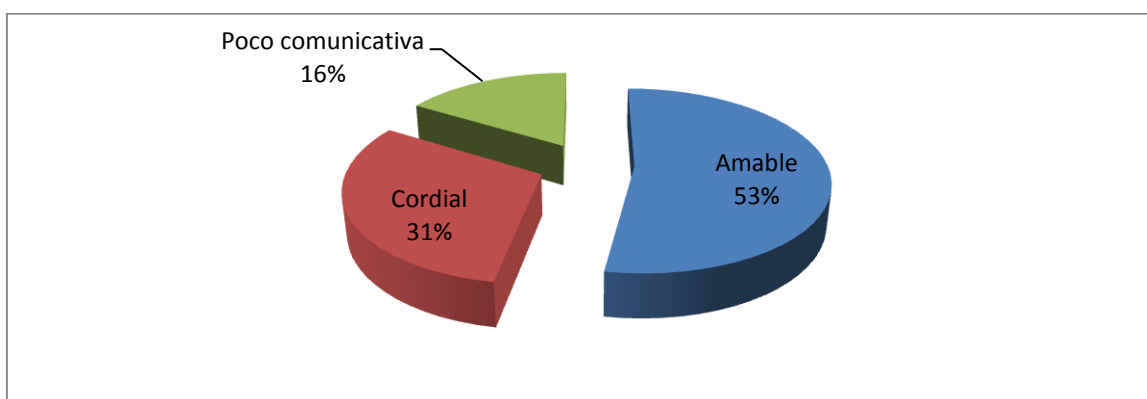
Tabla 16

Forma de dar información del diagnóstico medico	Numero	Porcentajes
Amable	29	33%
Cordial	17	31%
Poco comunicativa	9	16%
TOTAL	15	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según forma de informar el diagnóstico del paciente.**

Gráfico 16



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La forma de indicar el diagnóstico de los niños según percepción de los padres se lo realiza en su mayoría de manera amable, en su gran mayoría, pero todavía preocupa que un 20% de los padres consideran que lo hacen de una manera fría, esto puede indicar el proceso de desensibilización del personal médico, puede entenderse debido a que están se encuentran frente a un gran número de casos, en los cuales la gravedad es mayor y cuando un paciente se encuentran estables consideran que lo que digan o como lo digan no afectara la sensibilidad de los padres, porque los pacientes no han agravado su condición.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según satisfacción de la información.**

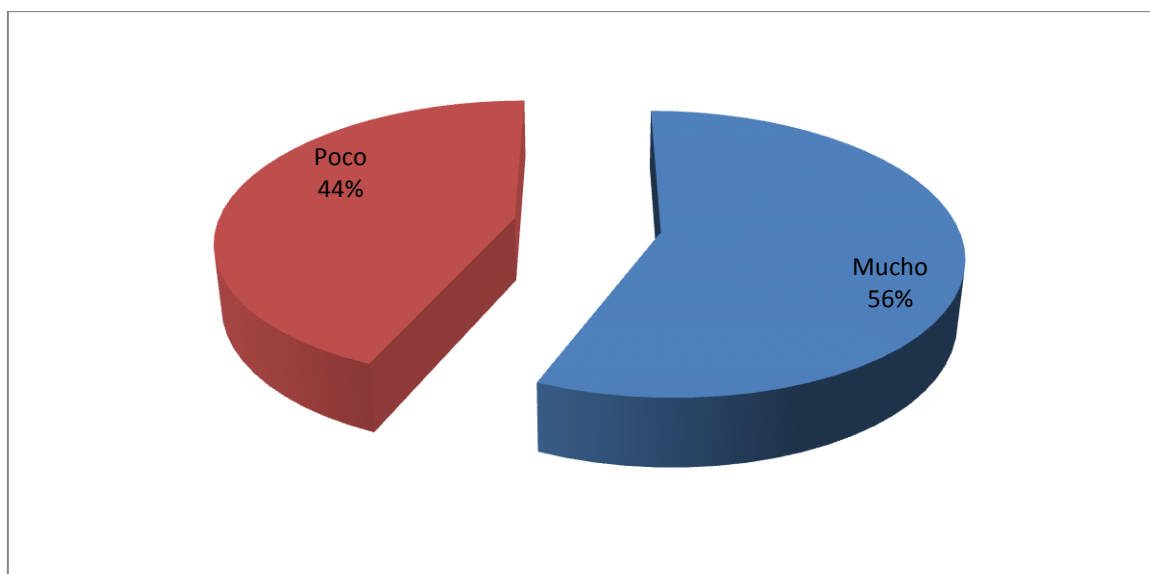
Tabla 17

SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Mucho	31	56%
Poco	24	44%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según satisfacción de la información.**

Gráfico 17



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres encuestados consideran que la manera en la que se da información sobre el estado de salud de sus hijos no logra despejar las dudas sobre el diagnóstico y piensan que el niño se encuentra más grave de lo que los médicos indican, y también indican que al momento de la visita médica no les permiten estar cerca de sus hijos y les indican que deben salir. En ocasiones indican que les están mintiendo.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según estado emocional del niño al momento de la visita.**

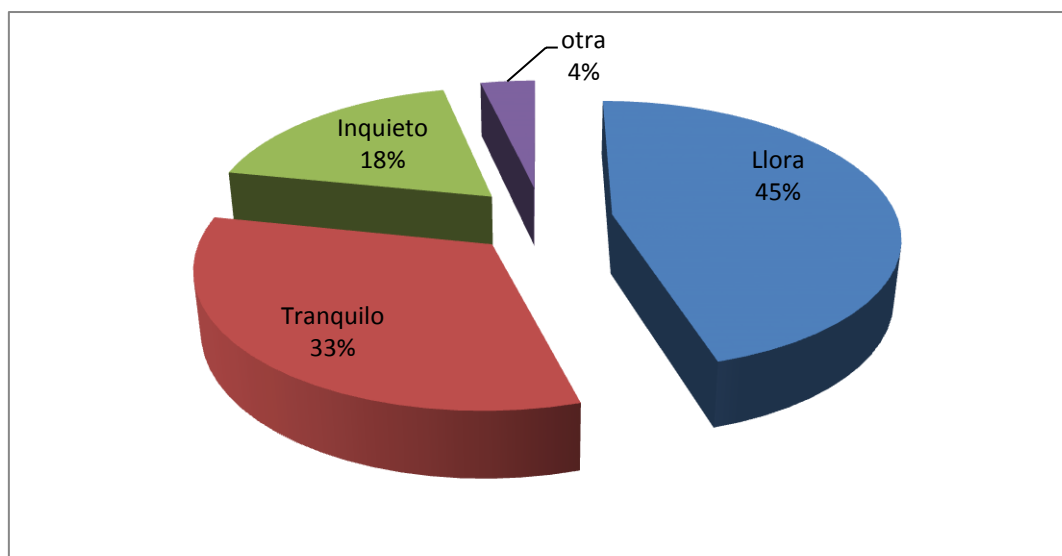
Tabla 18

ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO	NUMERO	PORCENTAJE
Llora	25	45%
Tranquilo	18	33%
Inquieto	10	18%
otra	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según estado emocional del niño al momento de la visita.**

Gráfico 18



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Las reacciones de los niños cuando realizan las visitas en su mayoría es de manera tranquila, esto se puede deber a que un familiar cercano siempre se encuentra acompañando al niño, y pueden estar pendiente del paciente, en un número menor nos indican reacciones de inquietud o llanto

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según dificultades con el personal médico.**

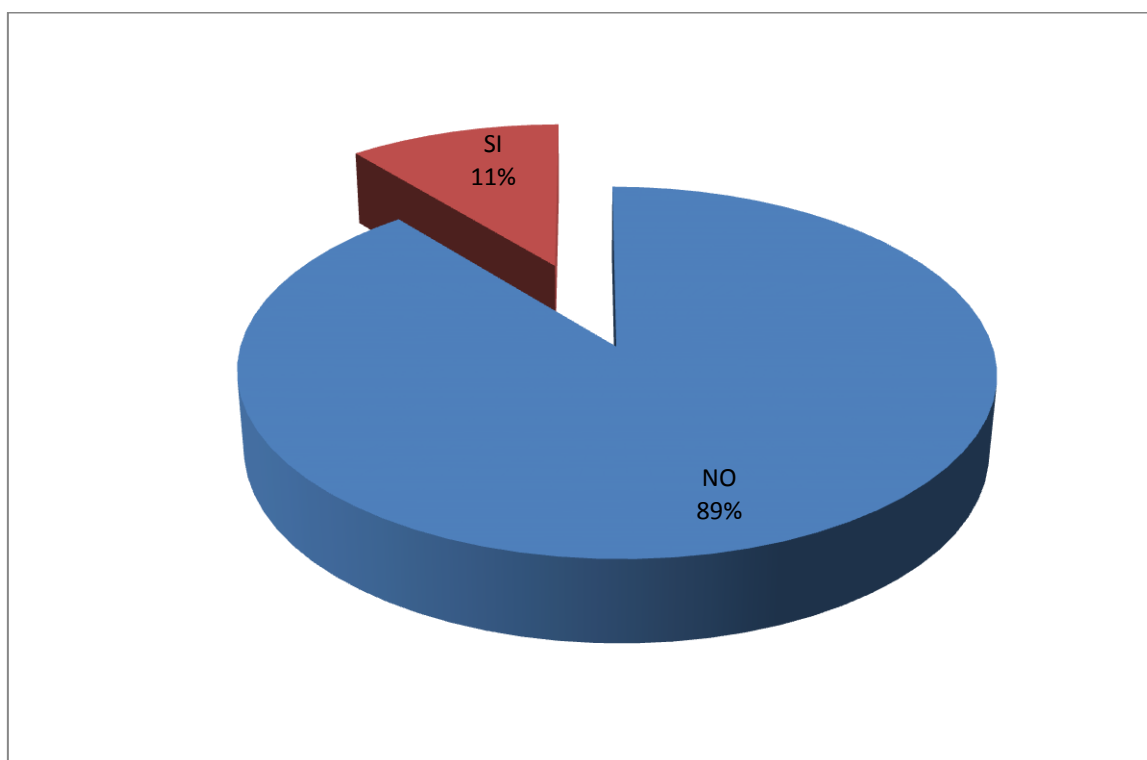
Tabla 19

Dificultades	Número	porcentajes
NO	49	89%
SI	6	11%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según dificultades con el personal médico.**

Gráfico 19



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres indican que no han tenido dificultades con el personal médico, pero dos personas indican que si han tenido dificultades con el personal médica, las cuales solo una de ellas nos indican que dificultad había tenido con el personal médico el cual dice que les dan poca información del paciente y a preguntar los médicos se molestan.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según percepción de sí mismo.**

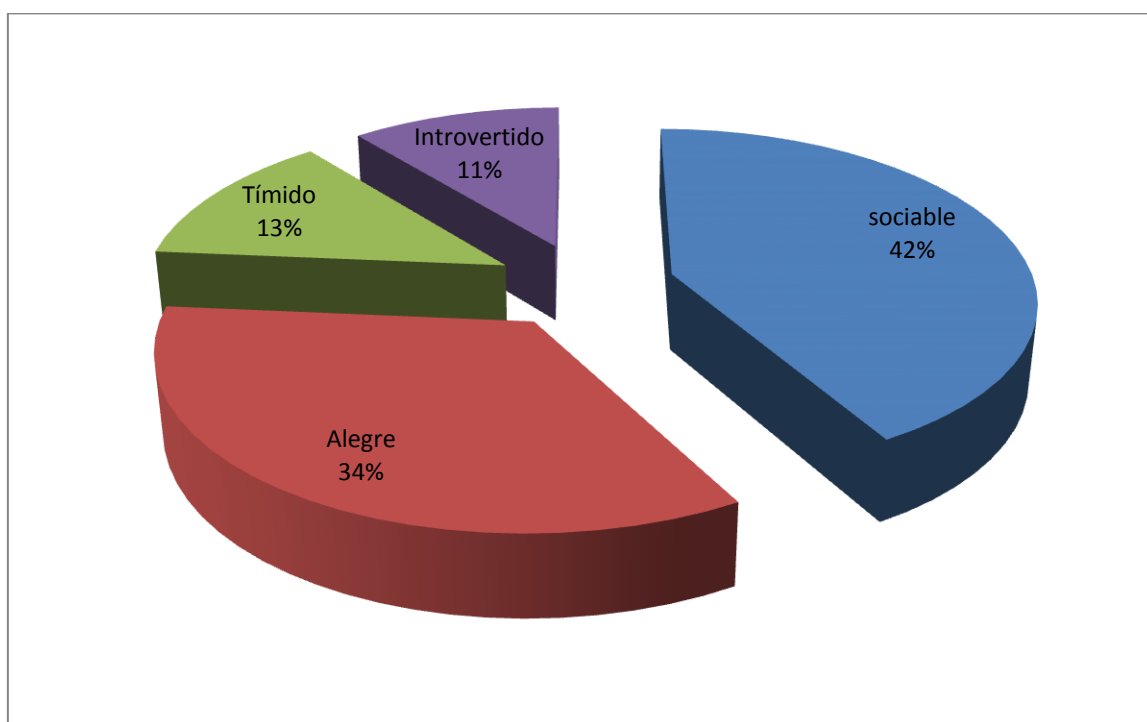
Tabla 20

Auto percepción	Número	Porcentajes
sociable	23	42%
Alegre	19	34%
Tímido	7	13%
Introvertido	6	11%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según percepción de sí mismo.**

Gráfico 20



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres se consideran alegres y sociables y un pequeño porcentaje dice ser tímido, mediante esta pregunta se pudo determinar que las personas no discriminan sobre ciertas actitudes que se muestran de manera muy marcada.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según percepción de los demás de sí mismo.**

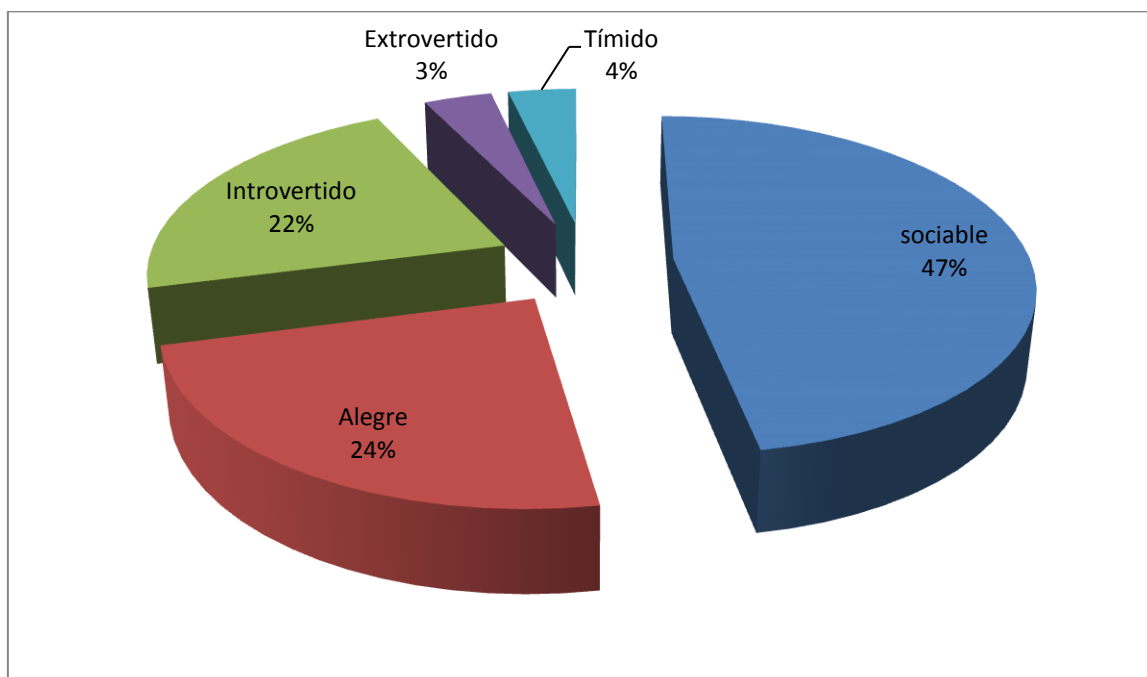
Tabla 21

Percepción de los demás	Número	Porcentajes
sociable	26	47%
Alegre	13	24%
Introvertido	12	22%
Extrovertido	2	3%
Tímido	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según percepción de los demás de sí mismo.**

Gráfico 21



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres consideran que las personas que los rodean consideran que son personas alegres y sociables en una totalidad.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según cambios experimentados a causa de la hospitalización del menor.**

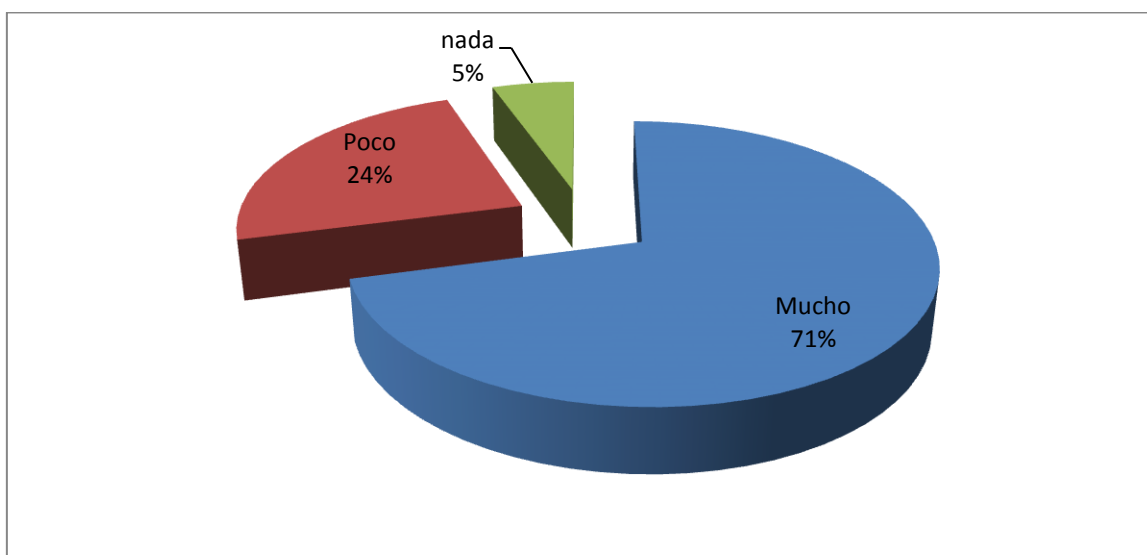
Tabla 22

Cambios experimentados	numero	Porcentajes
Mucho	39	71%
Poco	13	24%
nada	3	5%
TOTAL	15	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según cambios experimentados a causa de la hospitalización del menor.**

Gráfico 22



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

La mayoría de los padres consideran que han experimentado cambios ya sea en mayor o menor medida y un porcentaje menor considera que no han existido ningún cambio después de la condición médica de su hijo.

Preguntas que no fueron contestadas por que no estaban dentro de la encuesta o no se ajustaban a la condición médica de los niños.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según conocimiento del grado de quemadura de los niños.**

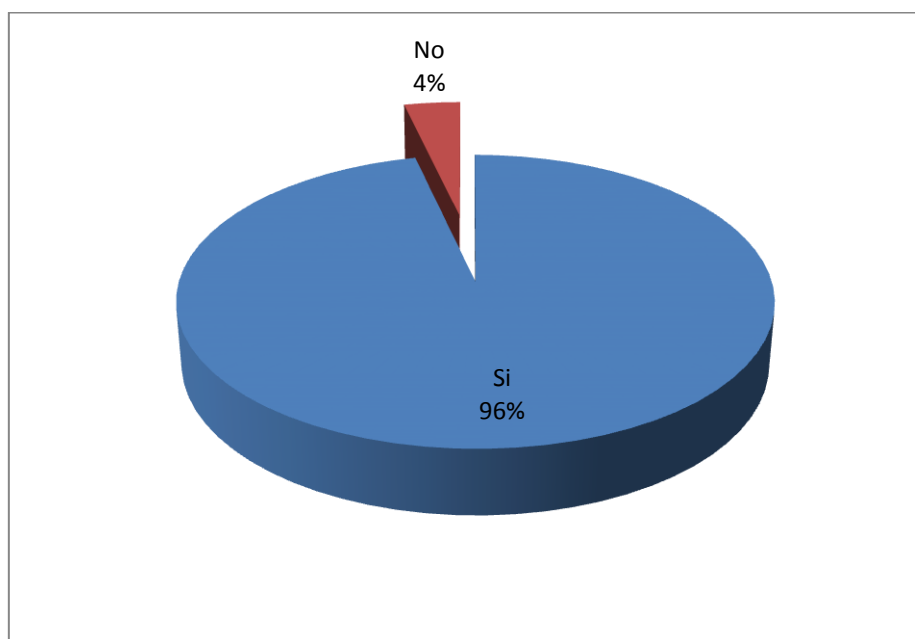
Tabla 23

conocimiento de quemadura	numero	Porcentajes
Si	53	96%
No	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según conocimiento del grado de quemadura de los niños.**

Grafico 23



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Casi en su totalidad de los padres en un 96% que tiene a sus hijos ingresados en la unidad de Quemados, conocen el grado de quemadura de su hijo que es de segundo grado a pesar que desconocen el porcentaje de la quemadura y la profundidad y en su mayoría son quemaduras de Grado II superficial y profunda.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según el grado de quemadura de los niños.**

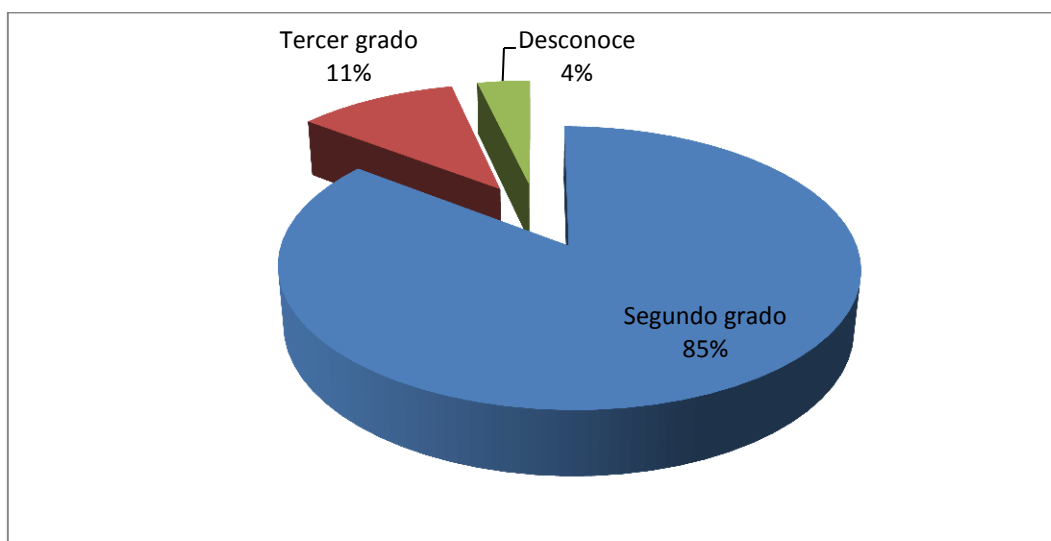
Tabla 24

Grado de quemadura	numero	Porcentaje
Segundo grado	47	85%
Tercer grado	6	11%
Desconoce	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según el grado de quemadura de los niños.**

Grafico 24



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Los niños ingresados al Unidad de Quemados para que se consideren ser hospitalizados se debe justificar el grado de quemaduras para ser atendidos en un hospital de especialidades, tienen que padecer de una quemadura de grado II ya que el giro de cama es del 1.0 que quiere decir que la demanda es grande y no pueden ser ocupados por niños con quemaduras menores o de primer grado es por eso que los un 85% de los niños padecen quemaduras de segundo grado de tipo superficial y profunda, y un 11% sufrieron quemaduras de tercer grado.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según presencia de síntomas ansiosos al momento del ingreso del paciente.**

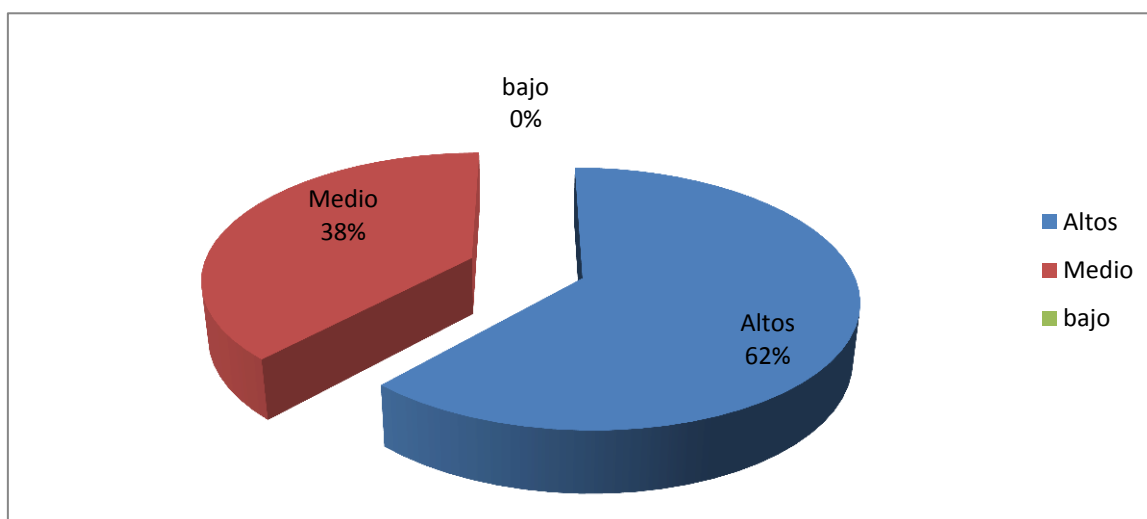
Tabla 25

Síntomas	Número	Porcentajes
Altos	34	62%
Medio	21	30%
bajo	0	0%
TOTAL	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según presencia de síntomas ansiosos al momento del ingreso del paciente.**

Gráfico 25



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACIÓN

Esta encuesta se aplicó al momento del ingreso del paciente, y se puede determinar que en un 62% de los padres al momento de ingresar presentan sintomatología de predominantemente de tipo ansiosa, y un nivel medio o menos significativa presentaron en 38% niveles medios, esto nos demuestra que todos los padres de los niños con quemaduras presentan al momento del ingreso una sintomatología significativa que con el tiempo en algunos caso se fue agravando y en otros se mantuvo.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según nivel socio-económico.**

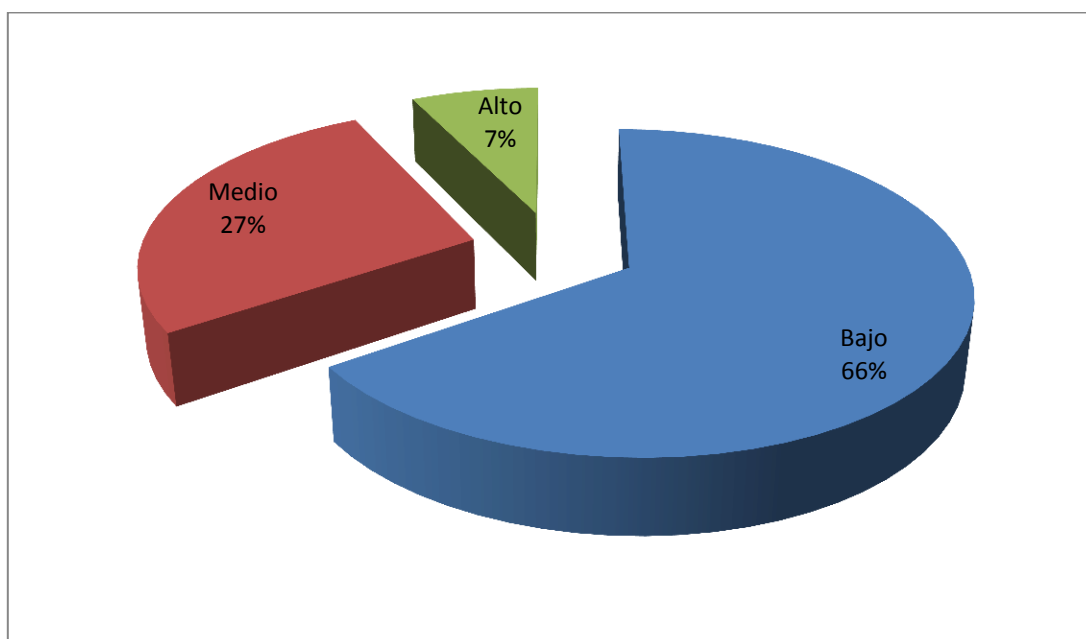
Tabla 26

Nivel socio-económico	Numero	Porcentaje
Bajo	36	66%
Medio	15	27%
Alto	4	7%
Total	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según nivel socio-económico.**

Grafico 26



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACION

Los padres que ingresan con sus hijos a la unidad de quemados del HBO son en su mayoría con un 66% de un nivel socio-económico bajo, y esto influye en la incidencia de accidentes en los niños ya que las características de las viviendas que poseen no brindan las garantías de seguridad para los niños, es importante mencionar además que son familias muy numerosas, y que el desconocimiento sobre la frecuencia de los accidentes infantiles y de este tipo en articular son muy frecuentes.

Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según resultados obtenidos con la aplicación de test de Goldberg.

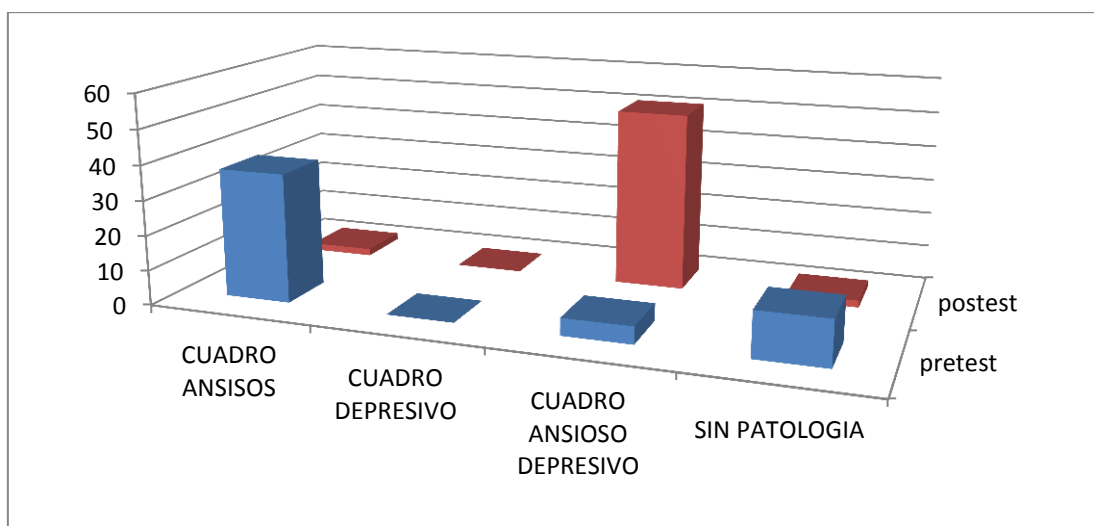
Tabla 27

Cuadros presentes	Pre test	Porcentaje	Post test	porcentaje
Cuadros ansiosos	37	67%	2	3%
Cuadros depresivos	0	0%	0	0%
Cuadros ansioso-depresivo	5	9%	51	93%
Sin patología	13	23%	2	3%
total	55	100%	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según resultados obtenidos con la aplicación de test de Goldberg.

Grafico 27



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACION

Al momento del ingreso de los niños a la unidad de quemados los padres de los menores presentan crisis de angustia ya que se ven enfrentados a una situación traumante debido a las características del accidente y la edad de los niños que en su mayoría se encuentra por debajo de los 5 años, en el proceso de hospitalización estas personas deben permanecer en estados de vigilia y pernoctar en los pasillos de la unidad de quemados, ya que los pacientes se encuentran en estados críticos en su mayoría, el tiempo promedio de hospitalización es de 21 días y en este tiempo los padres desarrollan cuadros de ansiedad y depresión debido a las condiciones en la que permanecen, muchos de estos padres son de provincias alejadas a la ciudad de Quito.

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según estilos de personalidad.**

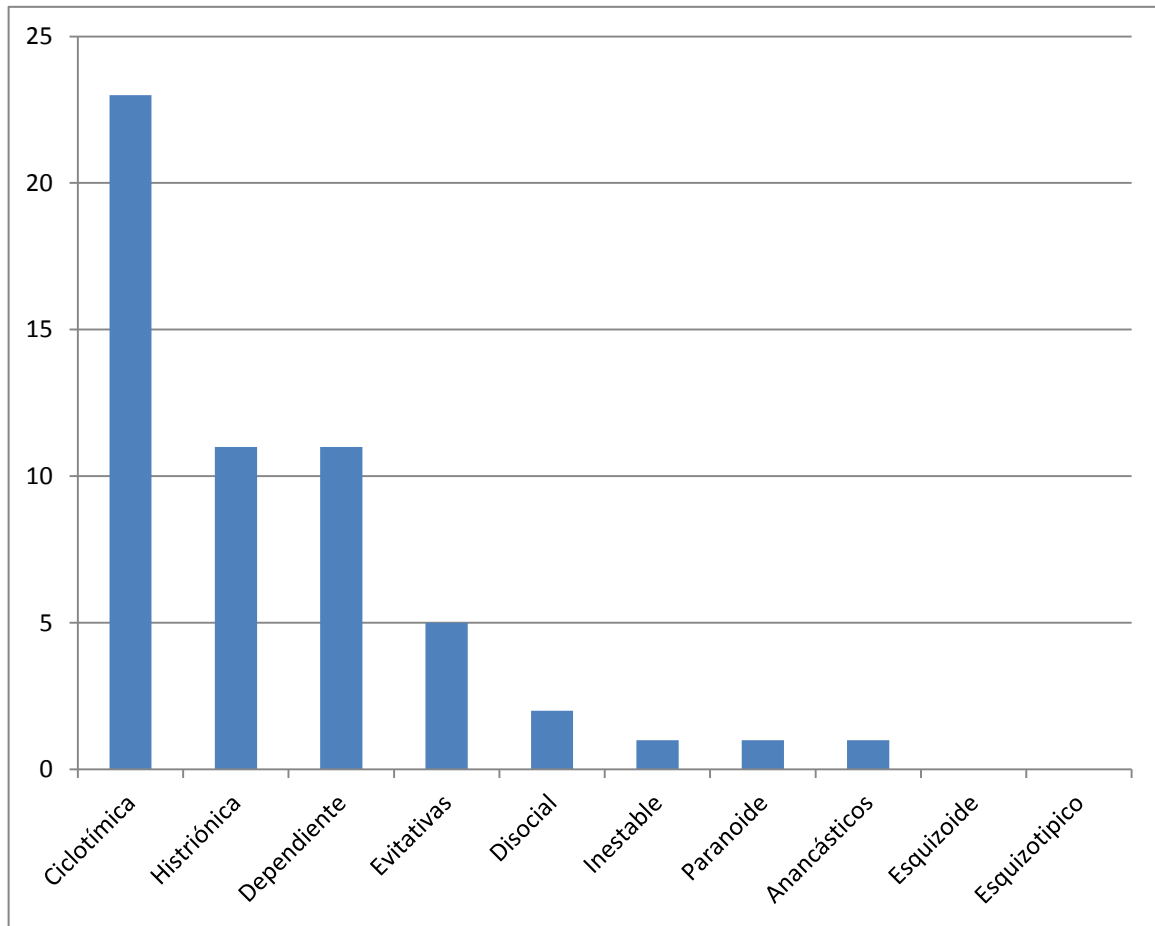
Tabla 28

Estilos de personalidad	Numero	Porcentaje
Ciclotímica	23	42%
Histriónica	11	20%
Dependiente	11	20%
Evitativas	5	9%
Disocial	2	3%
Inestable	1	2%
Paranoide	1	2%
Anancásticos	1	2%
Esquizoide	0	0%
Esquizotípico	0	0%
total	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según estilos de personalidad.**

Grafico 28



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACION

Entre los padres que tienen a sus hijos ingresados en la unidad de quemados se encontró que el 62% con una incidencia de estilos de personalidades de tipo efectivas, en las que se encuentra las ciclotímicas con un 42% y las histriónicas con un 20%, debido a las características de este grupo de personalidades incide en el desarrollo de un cuadro ansioso depresivo, y la repercusión de accidentes de este tipo con los niños

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según factor etiológico de la quemadura.**

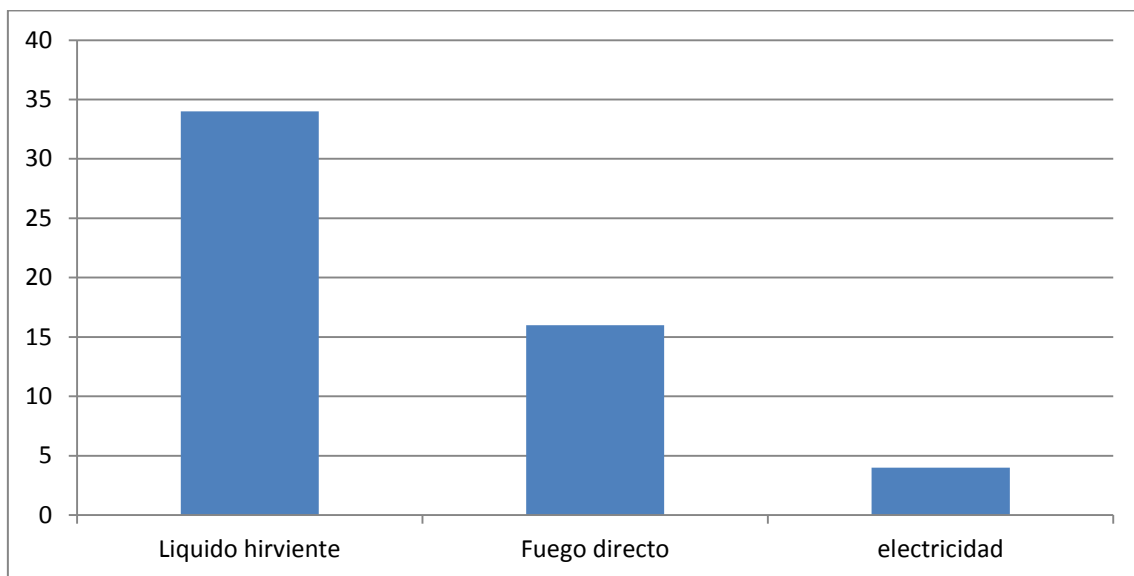
Tabla 29

Factor etiológico	Numero	Porcentaje
Liquido hirviente	34	65%
Fuego directo	16	28%
electricidad	4	7%
Total	55	100%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

**Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico
Baca Ortiz según factor etiológico de la quemadura.**

Grafico 29



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

INTERPRETACION:

Los niños que ingresan a la unidad de quemados son pacientes en su mayoría de edades inferiores a los 7 años que son niños que requieren la vigilancia y el control constante de una persona adulta, por lo que el factor etiológico en mayor porcentaje de los niños que ingresan a la unidad de quemados en el HBO es producida por liquido hirviente, 65% con un en segundo lugar por el contacto con fuego directo, con un 28% y en con muy poca incidencia apenas con el 7 % son las quemaduras sufridas por electricidad

ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS POR MEDIO DEL TEST DE CHI CUADRADO.

Para determinar si existe algún grado de dependencia entre las diferentes variables se procedió a la realización del test de chi cuadrado y por la prueba de Bi-variable para saber si existe algún grado de relación entre sí, por cada una de las hipótesis correspondiente, los resultados obtenidos fueron:

Hipótesis I

Hipótesis nula (H₀)

H₀: Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos.

Hipótesis 1 (H₁)

H₁: Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres no desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos.

Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el pre-test

Tabla 30

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	2,676 ^a	4	,613	,647 ^b	,638	,656			
Razón de verosimilitudes	4,204	4	,379	,458 ^b	,448	,467			
Estadístico exacto de Fisher	1,883			,844 ^b	,837	,851			
Asociación lineal por lineal	2,226 ^c	1	,136	,197 ^b	,189	,205	,121 ^b	,115	,127
N de casos válidos	55								

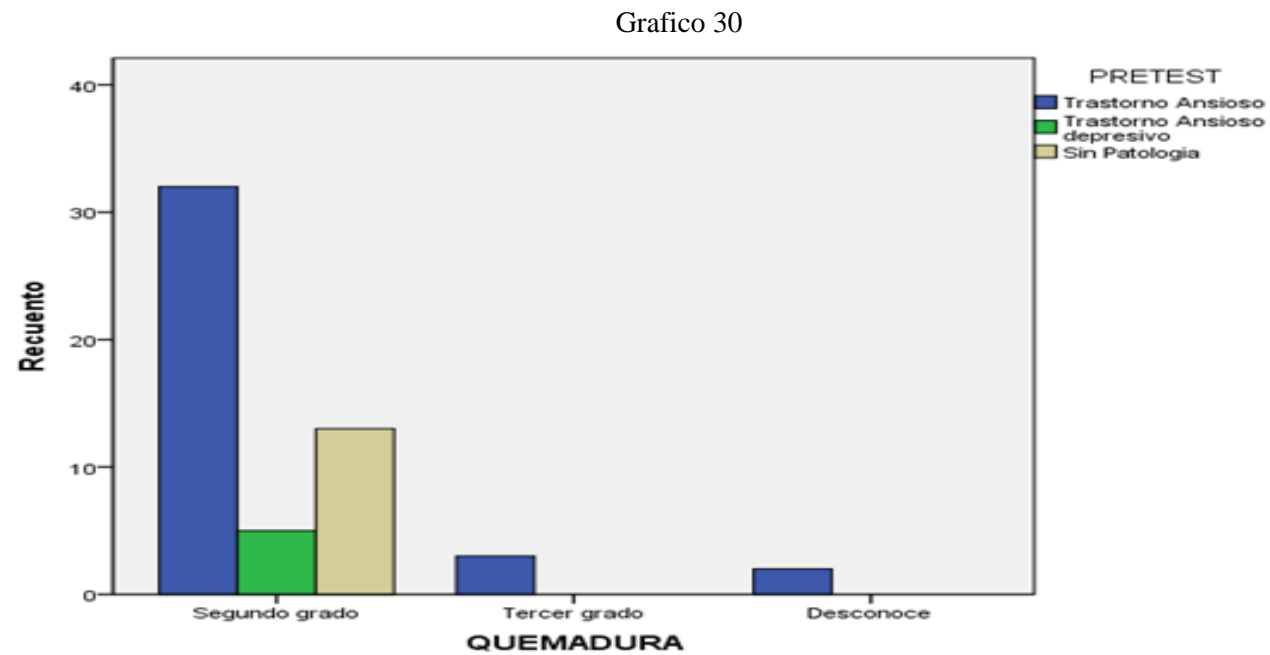
Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady

Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de $P \geq \alpha$.

La prueba realiza entre las variables quemaduras y el pres-test, de ansiedad y depresión de Goldberg se obtiene como valor $P = 0.613$. Y este valor es mayor que α (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se acepta la hipótesis nula. Que nos indica que: **HO:** “Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos”

El resultado, que a mayor grado de quemaduras en los niños los padres son propensos a desarrollo cuadros ansiosos-depresivos

Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el pre-test.



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady

Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el post-test.

Tabla 31

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	,431 ^a	4	,980	1,000 ^b	1,000	1,000			
Razón de verosimilitudes	,793	4	,939	1,000 ^b	1,000	1,000			
Estadístico exacto de Fisher	3,449			1,000 ^b	1,000	1,000			
Asociación lineal por lineal	,035 ^c	1	,852	1,000 ^b	1,000	1,000	,829 ^b	,821	,836
N de casos válidos	55								

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

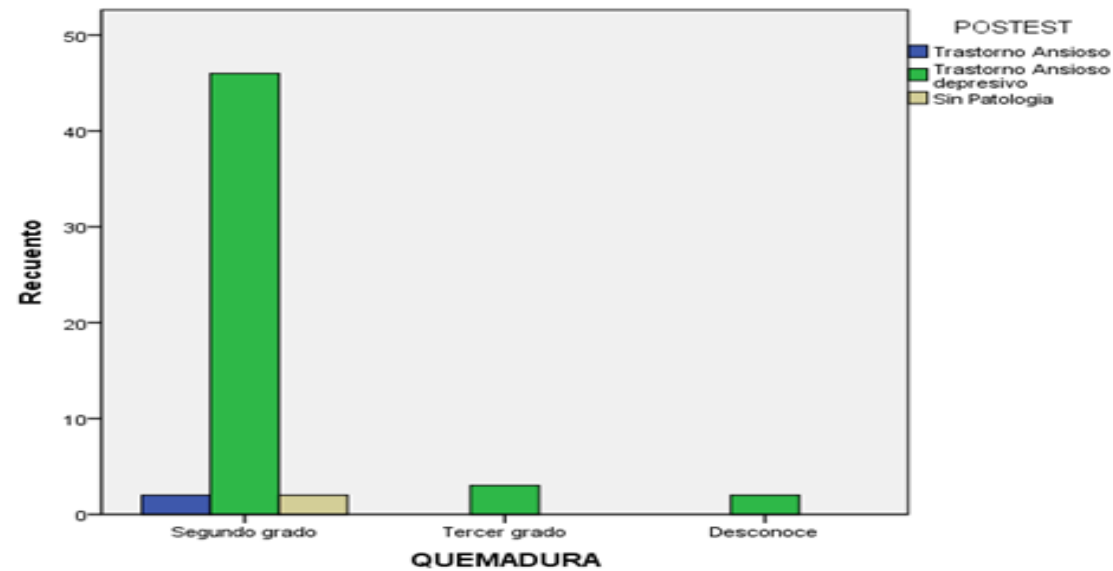
Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de $P \geq \alpha$.

La prueba realiza entre las variables quemaduras y el post-test, se obtiene como valor $P = 0.980$ Y este valor es mayor que α (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se acepta la hipótesis nula. Que nos indica que: $H_0 = \text{“Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos”}$

El resultado, que a mayor grado de quemaduras en los niños los padres son propensos a desarrollo cuadros ansiosos depresivos

Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el post-test.

Grafico 31



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz.

ANÁLISIS BI-VARIADO HIPÓTESIS I

Un análisis bi-variado permite conocer el grado que se encuentran relacionados dos variables o un conjunto de ellas, partiendo de la hipótesis nula (HO) que nos indica: *“Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos”* y se obtuvieron los siguientes datos:

Correlaciones que se presentan entre el grado de quemadura y la aplicación del pre-test de Goldberg de ansiedad y depresión aplicado a los padres de los niños con quemaduras del HBO

Tabla 32

		Quemadura	Pre-test
Quemadura	Correlación de Pearson	1	-,203
	Sig. (bilateral)		,137
	N	55	55
Pre-test	Correlación de Pearson	-,203	1
	Sig. (bilateral)	,137	
	N	55	55

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Para el análisis se considera que $P \geq \alpha$ para aceptar la hipótesis nula. El valor obtenido en el análisis correlacionado entre las quemaduras y el pre-test se obtiene $P = 0.137$. Por lo tanto $P \geq \alpha$, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Correlaciones que se presentan entre el grado de quemadura y la aplicación del pre-test de Goldberg de ansiedad y depresión aplicado a los padres de los niños con quemaduras del HBO

Tabla 33

		Quemadura	Pos-test
Quemadura	Correlación de pearson	1	,025
	Sig. (bilateral)		,854
	N	55	55
Postest	Correlación de pearson	,025	1
	Sig. (bilateral)	,854	

Correlaciones que se presentan entre el grado de quemadura y la aplicación del pre-test de Goldberg de ansiedad y depresión aplicado a los padres de los niños con quemaduras del HBO

Tabla 33

		Quemadura	Pos-test
Quemadura	Correlación de pearson	1	,025
	Sig. (bilateral)		,854
	N	55	55
Postest	Correlación de pearson	,025	1
	Sig. (bilateral)	,854	
	N	55	55

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Para el análisis se considera que $P \geq \alpha$ para aceptar la hipótesis nula. El valor obtenido en el análisis correlacionado entre las quemaduras y el pos-test se obtiene $P = 0.854$

Por lo tanto $P \geq \alpha$, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

}

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS
POR MEDIO DEL TEST DE CHI CUADRADO.**

Hipótesis II

Hipótesis nula (H₀)

H₀: El tipo de personalidad de los padres de los niños con quemaduras influye en el desarrollo de un trastorno de ansiedad, depresión o cuadros mixtos.

Hipótesis 1 (H₁)

H₁: El tipo de personalidad de los padres de los niños con quemaduras no influye en el desarrollo de un trastorno de ansiedad, depresión o cuadros mixtos.

Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis II: la influencia de la personalidad en el desarrollo de un cuadro ansioso depresivo y mixto. En la aplicación del test de Goldberg durante el pre-test.

Tabla 34

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
					Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
PRETEST										
Trastorno Ansioso	Chi-cuadrado de Pearson	15,318 ^a	12	,225	,300 ^b	,291	,309			
	Razón de verosimilitudes	10,819	12	,545	,396 ^b	,387	,406			
	Estadístico exacto de Fisher	13,768			,410 ^b	,400	,420			
	Asociación lineal por lineal	,092 ^c	1	,761	,788 ^b	,780	,796	,403 ^b	,393	,413
	N de casos válidos	37								
Trastorno Ansioso depresivo	Chi-cuadrado de Pearson	. ^d								
	N de casos válidos	5								
Sin Patología	Chi-cuadrado de Pearson	. ^d								
	N de casos válidos	13								
Total	Chi-cuadrado de Pearson	22,604 ^e	14	,067	,214 ^b	,206	,222			
	Razón de verosimilitudes	12,171	14	,593	,249 ^b	,240	,257			
	Estadístico exacto de Fisher	20,306			,267 ^b	,258	,275			
	Asociación lineal por lineal	,634 ^f	1	,426	,447 ^b	,437	,456	,223 ^b	,214	,231
	N de casos válidos	55								

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de $P \geq \alpha$ total.

La prueba realiza entre las variables quemaduras, personalidad y el pre-test, se obtiene como valor total $P = 0.067$ Y este valor es mayor que α (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se acepta la hipótesis nula. **El resultado**, que el tipo de personalidad si influye en el desarrollo de un cuadro ansioso-depresivo

Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis II: la influencia de la personalidad en el desarrollo de un cuadro ansioso depresivo y mixto.

En la aplicación del test de Goldberg durante el post-test.

Tabla 35

POSTEST		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
					Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Trastorno Ansioso	Chi-cuadrado de Pearson	. ^a								
	N de casos válidos	2								
Trastorno Ansioso depresivo	Chi-cuadrado de Pearson	21,378 ^b	14	,092	,241 ^c	,233	,250			
	Razón de verosimilitudes	12,183	14	,592	,274 ^c	,265	,283			
	Estadístico exacto de Fisher	19,725			,230 ^c	,222	,238			
	Asociación lineal por lineal	,798 ^d	1	,372	,409 ^c	,399	,418	,196 ^c	,188	,204
	N de casos válidos	51								
Sin Patología	Chi-cuadrado de Pearson	. ^a								
	N de casos válidos	2								
Total	Chi-cuadrado de Pearson	22,604 ^e	14	,067	,220 ^c	,211	,228			
	Razón de verosimilitudes	12,171	14	,593	,254 ^c	,245	,262			
	Estadístico exacto de Fisher	20,306			,274 ^c	,265	,283			
	Asociación lineal por lineal	,634 ^f	1	,426	,454 ^c	,444	,464	,222 ^c	,214	,230
	N de casos válidos	55								

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Para determinar la independencia entre las variables se considera el valor de $P \geq \alpha$ total. La prueba realiza entre las variables quemaduras, personalidad y el pros-test, se obtiene como valor total $P = 0.067$ Y este valor es mayor que α (nivel de confianza 0.05) por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

El resultado, la personalidad independiente mente del momento en el que se aplique el reactivo influye en el desarrollo de un cuadro ansiosos depresivo o mixto en los padres de los niños con quemaduras en el HBO

ANÁLISIS BI-VARIADO

Correlaciones que existe entre los estilos de personalidad y el grado de quemaduras con el pre-test.

Tabla 36

		PERSONALIDAD	PRE-TEST	QUEMADURA
PERSONALIDAD	Correlación de Pearson	1	-,298*	,108
	Sig. (bilateral)		,027	,431
	N	55	55	55
PRETEST	Correlación de Pearson	-,298*	1	-,203
	Sig. (bilateral)	,027		,137
	N	55	55	55
QUEMADURA	Correlación de Pearson	,108	-,203	1
	Sig. (bilateral)	,431	,137	
	N	55	55	55

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady

Para el análisis se considera que $P \geq \alpha$ para aceptar la hipótesis nula. El valor obtenido en el análisis correlacionado entre las quemaduras, la personalidad y el pre-test se obtiene P es mayor en combinación entre las diferentes variables analizadas, por lo tanto se acepta la hipótesis nula

Por lo tanto $P \geq \alpha$, es decir, se acepta la hipótesis nula.

Correlaciones que existe entre los estilos de personalidad y el grado de quemaduras con el post-test.

Tabla 37

		PERSONALIDAD	QUEMADUR A	POSTEST
PERSONALIDAD	Correlación de Pearson	1	,108	-,040
	Sig. (bilateral)		,431	,771
	N	55	55	55
QUEMADURA	Correlación de Pearson	,108	1	,025
	Sig. (bilateral)	,431		,854
	N	55	55	55
POSTEST	Correlación de Pearson	-,040	,025	1
	Sig. (bilateral)	,771	,854	
	N	55	55	55

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady

Para el análisis se considera que $P \geq \alpha$ para aceptar la hipótesis nula. El valor obtenido en el análisis correlacionado entre las quemaduras, la personalidad y el pre-test se obtiene P es mayor en combinación entre las diferentes variables analizadas, por lo tanto se acepta la hipótesis nula

Por lo tanto $P \geq \alpha$, es decir, se acepta la hipótesis nula.

Correlación que existe en el grado de Quemadura y Vínculo durante el Pre-test

Tabla 38

VINCULO				PRETEST			Total
				Trastorno Ansioso	Trastorno Ansioso depresivo	Sin Patología	
Bueno	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	4	1	1	6
			% del total	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
	Total		Recuento	4	1	1	6
			% del total	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
Muy bueno	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	3		1	4
			% del total	75,0%		25,0%	100,0%
	Total		Recuento	3		1	4
			% del total	75,0%		25,0%	100,0%
Regular	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	24	3	10	37
			% del total	58,5%	7,3%	24,4%	90,2%
		Tercer grado	Recuento	2	0	0	2
			% del total	4,9%	,0%	,0%	4,9%
		Desconoce	Recuento	2	0	0	2
			% del total	4,9%	,0%	,0%	4,9%
	Total		Recuento	28	3	10	41
			% del total	68,3%	7,3%	24,4%	100,0%
Mala	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	1	1	1	3
			% del total	25,0%	25,0%	25,0%	75,0%
		Tercer grado	Recuento	1	0	0	1
			% del total	25,0%	,0%	,0%	25,0%
	Total		Recuento	2	1	1	4
			% del total	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Total	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	32	5	13	50
			% del total	58,2%	9,1%	23,6%	90,9%
		Tercer grado	Recuento	3	0	0	3
			% del total	5,5%	,0%	,0%	5,5%
		Desconoce	Recuento	2	0	0	2
			% del total	3,6%	,0%	,0%	3,6%
	Total		Recuento	37	5	13	55
			% del total	67,3%	9,1%	23,6%	100,0%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Para el análisis se considera que $P \geq \alpha$ para aceptar la hipótesis nula. El valor obtenido en el análisis correlacionado entre las quemaduras, la personalidad y el pre-test se obtiene P es mayor en combinación entre las diferentes variables analizadas, por lo tanto se acepta la hipótesis nula Por lo tanto $P \geq \alpha$, es decir, se acepta la hipótesis nula

Correlación que existe en el grado de Quemadura y Vínculo durante el Post-test.0

Tabla 39

VINCULO				POSTEST			Total
				Trastorno Ansioso	Trastorno Ansioso depresivo	Sin Patología	
Bueno	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento		6		6
			% del total		100,0%		100,0%
	Total		Recuento		6		6
			% del total		100,0%		100,0%
Muy bueno	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	1	3		4
			% del total	25,0%	75,0%		100,0%
	Total		Recuento	1	3		4
			% del total	25,0%	75,0%		100,0%
Regular	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	1	34	2	37
			% del total	2,4%	82,9%	4,9%	90,2%
		Tercer grado	Recuento	0	2	0	2
			% del total	,0%	4,9%	,0%	4,9%
		Desconoce	Recuento	0	2	0	2
			% del total	,0%	4,9%	,0%	4,9%
	Total		Recuento	1	38	2	41
			% del total	2,4%	92,7%	4,9%	100,0%
Mala	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento		3		3
			% del total		75,0%		75,0%
		Tercer grado	Recuento		1		1
			% del total		25,0%		25,0%
	Total		Recuento		4		4
			% del total		100,0%		100,0%
Total	QUEMADURA	Segundo grado	Recuento	2	46	2	50
			% del total	3,6%	83,6%	3,6%	90,9%
		Tercer grado	Recuento	0	3	0	3
			% del total	,0%	5,5%	,0%	5,5%
		Desconoce	Recuento	0	2	0	2
			% del total	,0%	3,6%	,0%	3,6%
	Total		Recuento	2	51	2	55
			% del total	3,6%	92,7%	3,6%	100,0%

Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Area de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Para el análisis se considera que $P \geq \alpha$ para aceptar la hipótesis nula. El valor obtenido en el análisis correlacionado entre las quemaduras, la personalidad y el pre-test se obtiene P es mayor en combinación entre las diferentes variables analizadas, por lo tanto se acepta la hipótesis nula

Por lo tanto $P \geq \alpha$, es decir, se acepta la hipótesis nula.

Análisis y discusión de resultados

Comprobación de las hipótesis

Según la prueba de CHI cuadrado se ha comprobado la hipótesis I que nos indica que “Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos” por lo consiguiente existe una relación de dependencia entre al grado de quemadura y la generación de cuadros ansiosos – depresivos, en este grupo de padres. Ya que tienen que permanecer en estado de vigilia en condiciones poco recomendables, la separación de los niños que es forzosamente necesaria debido a que se encuentran con quemaduras de segundo y tercer grado, debido la gravedad en la que se encuentran tiene que permanecer un promedio de veinte y un días hospitalizados.

Mediante el análisis Bi-varial se comprueba que existe relación de asociación entre la quemadura de los niños y el desarrollo de cuadros ansioso-depresivos, por lo que se comprueba nuevamente la hipótesis I.

Según la prueba de Chi Cuadrado se comprueba la Hipótesis II que nos indica que: “El tipo de personalidad de los padres de los niños con quemaduras influye en el desarrollo de cuadros mixtos”, ya que el 62% de los padres de estos niños pertenecen a estilos de personalidad de tipo afectivo y por las cualidades de afrontamiento la literatura nos indica que las personas que tienen estas características son más propensas para el desarrollo de cuadros ansiosos depresivos.

La relación de vinculo que mantienen los padres con los niños es una variante que por medio del análisis Bi-varial indica que existe una relación de asociación entre el vínculo afectivo y la generación de cuadros ansiosos-depresivos, esto se debe a que las edades de los niños que ingresaron en el periodo de la investigación de campo el 65.5% se encuentran en edades comprendidas entre 0 a 5 años que es cuando más estrecho es el vínculo con los padres y mayor necesidad existe de atención y protección por parte de los padres.

CONCLUSIONES

El 93% de los padres de los niños que se encuentran ingresados en la unidad de quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz presentan cuadros ansiosos depresivos debido al tiempo de hospitalización de sus hijos, las condiciones de vigilia, y el grado de quemaduras.

En la investigación realizada mediante la aplicación del Cuestionario de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa SEAPSI se determinó que el 62% de los padres de los niños con quemaduras se encuentran dentro de los estilos de personalidad de tipo afectivas.

El tiempo de estadía promedio de los niños en la unidad de quemados es de 21.5 días en los cuales las condiciones de vigilia de los padres se torna incomoda y poco recomendable para su estado de salud mental y física que generan cuadros ansiedad y depresión

Debido a los altos niveles de ansiedad que presentan los padres de los niños que se encuentran ingresados en la unidad de quemados del HBO se presentaron dificultades de tipo comunicacional entre el grupo de padres que obligadamente deben permanecer hasta que sus hijos estén en condiciones de alta médica.

Se logró determinar que: por las características de las quemaduras y las condiciones en las que se producen, se genera en los padres de estos niños sentimientos de culpa, además de la incertidumbre de las secuelas de las quemaduras, esto ayuda al desarrollo de un cuadro ansioso depresivo.

El nivel socio-económico juega un papel importante en el desarrollo de un cuadro ansioso-depresivo ya que en su mayoría son padres que mantienen un nivel socio-económico bajo, y esto nos lleva como consecuencia un nivel académico básico, lo que se determinó que el grado de comprensión de la condición médica de los niños, es mucho más difícil, y frecuentemente hay que reforzar el proceso psicoeducacional sobre el estado de salud y el tiempo que los niños tienen que permanecer hospitalizados.

A nivel nacional los hospitales de atención de segundo nivel, no cuentan con unidades adecuadas para la atención del paciente quemado, por lo es obligatorio el proceso de migración temporal de los padres de estos pacientes, abandonando su lugar de residencia permanente y a al resto de sus hijos ya que es su mayoría son hogares con un promedio de 3 hijos por familia, y deben permanecer durante un

periodo de tiempo promedio de 22 días, en condiciones difíciles, lo que hace que apoya el desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión.

Cuando un niño sufre una quemadura de segundo o tercer grado para considerarse en estado de alta deben haber resuelto su situación de herida inicial, y los padres permanecen hasta que los médicos decidan que están en condiciones de alta por lo que incrementa la probabilidad de desarrollar cuadros ansiosos depresivos.

Según datos estadísticos que reposan en los archivos del HBO durante el año 2011 el agente etiológico de la quemadura más frecuente con el 53% es el contacto con liquido hirviendo seguido por un 35% por la exposición a fuego directo, y este tipo de accidentes suceden frecuentemente dentro del entorno familiar

Según datos estadísticos proporcionados por la unidad de quemados se determinó que en el año 2006 existieron 144 ingresos con tres defunciones y el año 2011 existió 195 ingresos con 3 defunciones esto nos lleva a determinar un aumento del 26% y sigue aumentando la demanda, ya que en el año 2011 existió un porcentaje de ocupación de camas del 91% y un giro de cama del 16.2 que es mucho más alto que la disposición de camas del servicio que es de 12.

RECOMENDACIONES

Al momento del ingreso del paciente con quemaduras, los padres se muestran notablemente afectados por que se recomienda elaborar un proceso de intervención de emergencia para disminuir la sintomatología, y lograr con esto mejor colaboración por parte de los padres frente a los procedimientos médicos y el tiempo de hospitalización.

Debido a que los padres de los niños con quemaduras presentan dificultades de tipo comunicacional es imperativo la realización de terapias grupales para lograr disminuir la incidencia de las dificultades que se presentan con frecuencia.

Según el estudio realizado se determinó que los padres de los niños con quemaduras durante su estadía en el proceso de recuperación de sus hijos desarrollan cuadros de ansiedad y depresión es importante implantar un proceso de atención para los padres por parte del área de psicología.

Sería importante buscar el proceso psicoterapéutico que se ajuste al tiempo de hospitalización y a la patología presente en los padres de los niños con quemaduras, para que al momento de la recuperación completa de los niños los padres se encuentren mentalmente estables y se logre un manejo adecuado con el niño en casa.

Se recomienda brindar apoyo psico-afectivo a los padres de los niños ingresados en la unidad de quemados, ya que por las características del accidente los padres tienen sentimientos de culpa, y la incertidumbre de las secuelas de las quemaduras.

Los procesos psicoeducacional a este tipo de padres debe ser clara en cuanto al grado de la quemadura, el proceso de recuperación y secuelas, el tiempo de hospitalización, la interacción con el resto del grupo de padres, el establecimiento de normas y reglas dentro de la unidad.

Según datos obtenidos en el proceso de investigación de campo se determinó que el factor etiológico con más incidencia es el contacto con liquido hirviendo y las edades en las que se produce este tipo de accidentes es en niños menores de 5 años y dentro del ambiente familiar por lo que se recomienda realizar campañas sobre la prevención de quemaduras en el hogar.

Para que se prevengan accidentes de este tipo se recomienda la realización de procesos psico-educacionales a estos padres con respecto a la prevención de accidentes dentro del hogar, y con esto precautelar la salud física y psicológica de los niños víctimas del accidente y de sus hermanos.

Debido a la alta incidencia de pacientes quemados que durante los últimos 6 años han existido un total de 1009 ingresos es importante recomendar la adecuación de áreas acordes para la atención del paciente con quemaduras, en hospitales de segundo nivel con esto se lograra disminuir la migración obligada que tienen que hacer los padres de sectores alejados a la ciudad de Quito, y con esto se atenderá de manera más rápida y eficaz a este tipo de pacientes, y que a los hospitales de especialidades como el HBO ingresen los pacientes pediátricos que requieran atención más especializada o con quemaduras más profundas.

Se recomienda buscar apoyo y ayuda por medio de alguna ONG más colaboración para estos padres en cuanto a albergues en los que se les brinde la apertura para mantenerse cerca al hospital y que las condiciones en la que se mantienen las personas que provienen de otras provincias sean las más adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

TANGIBLES

- Balarezo, Lucio.** (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Primera Edición. Quito-Ecuador. Editorial UNIGRAFT. p.47.
- Bolagay, Oswaldo.** (2002). *Psicología Clínica y Psico - rehabilitación Infantil*. Primera Edición. Quito-Ecuador. Editorial universitaria. 63
- Dávalos, Pablo** (2005). *Quemaduras tratamiento integral*. (1ª ed.). Quito. Editorial Global Graphics. 63.
- De La Garanda, Martin.** (1999). *Ansiedad y angustia causas síntomas y tratamientos*. Ediciones pirámide. Editorial Paseo de la Castellana.
- Dubordiu, Margarita.** (2011). *Psicoterapia integrativa PNIE*. Montevideo-Uruguay.
- ECHEBURUA, Enrique.** (1996). *Avances en el tratamiento psicológico de los Trastornos de ansiedad*. Primera edición. Ediciones pirámide. Madrid España.
- Echeburua, Enrique.** (2003). *Personalidades Violentas*. Primera Edición. Madrid España. Ediciones pirámide. p.34
- Fernnaldez, Héctor y Otro.** (2004). *La Integración en Psicoterapia*. Primera Edición. Madrid – España. Editorial Paidós Ibérica.
- Herton, N. David.** (2009). *Tratamiento Integral de las Quemaduras*. 3era edición. España.
- Kernberg, Paulina.** (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. Primera edición. Manual Moderno. México.
- Kramlinger, Keith.** (2001). *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. Primera edición. Rochester - Minnesota.
- Linares, Bedlin.** (1993). *Tratado de quemaduras*. Primera Edición. México. Editorial McGrawHill.
- Meneghello, R. Julio.** (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia*. Primera edición. Madrid España. Editorial medica panamericana.
- Merson, Stephen M.D.** (1997). *Depresión*. Primera edición. Bogotá – Colombia. Editorial Norma.
- Papalia y otros.** (2004). *Desarrollo Humano*. Novena Edición. México. McGraw-Hill.
- Personal de la unidad de quemados,** (2011). *Plan Médico Funcional*.
- Velasteguí, Mayra** (2012). *Estilos de Afrontamiento*. Artículo. EN: Revista de la sociedad ecuatoriana de asesoramiento y Psicoterapia Integrativa. (5a ed.) (2) v. 5, no. 5. Quito: SEAPsi.

VIRTUALES

RAMÍREZ Riviero Carlos

URIBE Carbajal Leonelo

CABEZAS María Consuelo, Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Para pacientes quemados. Agosto 2010 Artículo. EN: **MEDINET**. Recuperado: Enero 2012. DE: asociación colombiana de facultades de medicina- ascofam. Quito: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20de%quemados-pdf>.

MÁRQUEZ Juan M

FERNÁNDEZ Couse1 Gladys

PEREA Corral Jesús

Síndrome del maltrato infantil octubre 2009 Artículo recuperado: febrero 2012. DE: Hospital Pediátrico Universitario. EN: **GALERIAS** Quito: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/sindrome_de_maltrato_infantil.pdf.

RAHMAN, Zamani.

Maltrato infantil. Artículo., marzo 2011. Pag. 21. EN: **GALERIAS** Recuperado enero 2012. DE: California Childcare Health Program. Quito: <http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/factsheets/ChildAbuseSP012206.pdf>

LAGOS Evelin

LOUBAT O. Margarita

MUÑOZ Elizabeth

VERA DE LA F. Paula.

Estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuelas de quemaduras visibles Artículo (2004) pag. 1 -13. EN: Recuperado enero 2012. DE: *Revista de Psicología*, , año/vol. XIII, número 002 Universidad de Chile. Santiago, Chile, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Universidad Autónoma del Estado de México. Quito: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/264/26413205.pdf>

MURRUNI, Alberto.

BASILICO, Hugo.

GUARRACINO, Fabian

Manejo del paciente quemado pediátrico Artículo, (2011).pag. 1-5. Recuperado: marzo 2012. DE: Unidad de Quemados. Hopsital de pediatría”Prof. Dr. Juan P. Garrahan” Buenos Aires EN: PEDIATRIA PRACTICA. Quito: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1999/99_337_341.pdf

**MORGAN,
BLEDSE,
BARKER J**

Quemaduras como prevenirlas en su casa. _Articulo, diciembre 2011. Recuperado enero 2012. DE: Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Institutos nacionales de salud EN: **MEDLINEPLUS**. Quito:<http://familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/staying-healthy/first-aid/burns-preventing-burns-in-your-home.printerview.all.html>

ČELKO , Alexander Martin,
GRIVNA, Michal
DÁŇOVÁ Jana
BARSS, Peter .

Quemaduras infantiles graves en la República Checa: factores de riesgo y prevención. Artículo: Mayo 2009. Recuperado: febrero 2012. DE: Boletín de la Organización Mundial de la Salud. EN: **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**. Quito: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/08-059535-ab/es/>

BETANCOURT Elba M
PINILLA Magda
KESTEL Débora

Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias. Artículo: (2010). Recuperado febrero 2012. DE: Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. EN: **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD(OMS)**. Quito:http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf

ALARCÓN, Dominguez, Armando.

Panorama epidemiológico de la salud mental. Guías Power Point. (2011). Recuperado febrero 2012. DE: Mesa de Salud Mental, Municipio de Juárez, Chihuahua EN: **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD(OMS)**. Quito:http://new.paho.org/fep/images/stories/FEP/Presentations/20100618_diagnosticos_psiquiaticos_salud_mental.pdf

KESSLER, RC
ROHAN, KJ,
TSUANG, MT.

Las Mujeres y la Depresión Descubriendo la esperanza. (2010) Artículo. Recuperado: marzo 2012. DE: Instituto nacional de salud mental. EN: **MEDLINEPLUS**. Quito:http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression_sp_ln_08.10.2011.pdf

ANEXOS

Anexo A: Plan aprobado

PLAN DE PROYECTO DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD

INFORMACIÓN GENERAL

Carrera:	Psicología Clínica
Línea de Investigación:	Salud (Salud mental)
Nombre del estudiante:	Lady Mariela Cuasapaz Bejarano
Nombre del Supervisor:	Dr. Patricio Jácome
Año lectivo:	2011- 2012

1. Título

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES CUYOS HIJOS PRESENTAN QUEMADURAS.

1.1.- Subtítulo:

Presencia de trastornos de ansiedad, depresión y cuadros mixtos en padres cuyos hijos se hallan internados en el servicio de quemados de Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito.

2. Justificación del problema

INTRODUCCIÓN:

Los sucesos vitales pueden ser de diversa índole, por ejemplo, un accidente, el cambio de ciudad, empleo, muerte de un ser querido, etc. de los cuales existen un sin número de investigaciones que refieren un agente causal directo en la persona para el desarrollo de un trastorno depresivo, ansioso o

mixto, pero qué pasa cuando la integridad de un hijo se ve comprometida, las reacciones de los padres son diferentes ya que no pueden saber qué es lo que siente los niños como vivencia propia.

En el proceso normal de crecimiento un niño puede atravesar por varios accidentes como caídas, golpes, heridas, cirugías y en ocasiones estos requieren atención médica y hospitalización, con más razón cuando el pequeño se ve implicado en una quemadura; tomando en cuenta que son lesiones profundas, causadas por el contacto con un agente térmico (fuego, vapor, líquido hirviente, sustancias o líquidos calientes), químicos, corriente eléctrica, frío, agentes biológicos y ondas electromagnéticas; y que la mayoría de los hechos “accidentales” se producen en los hogares por negligencia en el cuidado de los padres hacia sus hijos.

La morbilidad y la mortalidad relacionados con este tipo de lesiones constituye un grave problema de salud pública en el Ecuador, los grupos más vulnerables en las quemaduras son los niños. Un padre que se siente culpable en el accidente de su hijo, genera ideas irracionales que dan como resultado altos niveles de ansiedad y estados depresivos los mismos que pueden transformarse en un proceso patológico, a esto hay que agregarle el tipo de personalidad de los padres que puede ser un factor determinante en el desarrollo de un trastorno depresivo, ansioso o mixto.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Cuando una persona ha sufrido un trauma de vital importancia es más propensa a desarrollar ansiedad y posteriormente un trastorno de ansiedad. Tomando en cuenta que más del 15% de la población general llega a sufrir alguna vez, a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad. A nivel mundial, los trastornos de ansiedad tienen alta prevalencia más en mujeres (19,5%) que en hombres (8%). En América Latina, la depresión es concurrente con los trastornos de ansiedad y el 20 a 65% de las personas con ansiedad también se sienten deprimidas. Además, el 9% de las personas con depresión tiene al menos un síntoma de ansiedad, el 29% comunicó ataques de pánico y el 42% manifestó ansiedad somática.

Es importante mencionar que las cifras de incidencia y prevalencia varían, demuestran que alrededor del 10% de la población está o llegará a estar deprimida, pero las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres por los cambios hormonales, todos estos datos epidemiológicos dan cuenta que siempre para determinar un trastorno de ansiedad o depresión la causal será directa hacia el afectado, en este caso es necesario establecer qué pasa si se suma que los padres de estos niños presentan

condiciones anexas que demuestran que a nivel mundial casi un 50% de casos de quemaduras se presentan en pacientes menores de 20 años de los cuales un 40% se ubican entre los 4 y 13 años de edad y en un 95% la mayoría de los hechos se producen en hogares ante la falta de precaución de los adultos para mantener alejados a los niños de los posibles agentes causales que son manejados y almacenados inadecuadamente.

3. Descripción del problema

3.1. Formulación del problema

Existen varios factores que pueden incidir en el desarrollo de un trastorno ansioso o mixto en los padres de los niños que presentan quemaduras, debido a que el medio hospitalario en esta área es diferente a las demás, ya que los pacientes se encuentran aislados por la gravedad de su diagnóstico, lo que impide la cercanía de los padres con los niños, las visitas se las realiza dos veces a la semana y es a través de un cristal por lo que no se pueden comunicar de manera verbal y lo tienen que hacer por medio de señas.

Es para los padres frustrante, el hecho de ver a su hijo en esta condición y no poder hacer mucho por el menor, la presencia permanente de los padres es una solicitud del personal médico porque constantemente salen a dar un informe de los pacientes pero no existe una hora fija. Muchas de las veces tienen más hijos de menor edad que él, impidiendo atenderlos adecuadamente por la solicitud de su presencia en el hospital.

La condición de los padres empeora cada día porque la recuperación de estos niños tiene que ser de manera casi total o total para evitar la contaminación de las heridas permaneciendo largo tiempo hospitalizados. Es importante mencionar que el afrontamiento de los problemas y el tipo de personalidad van a influir en el desarrollo o formación de un trastorno.

3.2. Preguntas de investigación

- ¿Qué relación guardan la gravedad de las quemaduras con la formación de un trastorno ansioso o mixto en los padres de estos niños?
- ¿Cómo influye el tipo de personalidad en los padres del niño con quemaduras, para el desarrollo de una patología ansiosa?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general.

- Identificar los niveles de ansiedad que se generan en los padres de los niños con quemaduras, la relación que guarda con los estilos de personalidad y cuántos de estos presenta un trastorno de ansiedad o mixto debido a la condición médica de su hijo (quemaduras).

3.3.2. Objetivos específicos.

- Determinar los niveles de ansiedad, depresión o cuadros mixtos de los padres de los niños con quemaduras.
- Establecer cuántos de los padres han generado, un trastorno ansioso, depresivo o mixto.
- Identificar la correlación existente entre la condición médica (grado de quemadura) de los niños en relación a la presencia de un trastorno de ansiedad en los padres.
- Establecer la relación entre el tipo de personalidad y la presencia de un trastorno de ansiedad o depresión de los padres cuyos hijos presentan quemaduras.

3.4. Delimitación espacio temporal

Se realizará en el periodo de enero hasta mayo del 2012 en el área de quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz ubicado en la 6 de diciembre y colon s/n-.

4. Fundamentación teórica (Marco Teórico).

4.1. Posicionamiento teórico

La frecuencia de los trastornos ansiosos, depresivos o mixtos se presenta de habitualmente cuando las personas pasan por sucesos que cambian sus estilos diarios de vivir, cambios abruptos que desorganizan las rutinas. El modelo integrativo focalizado en la personalidad, a pesar de ser una teoría en evolución y relativamente joven, permite conocer la relación directa entre el desarrollo de este tipo

de trastornos con los estilos de personalidad, acercándose a la realidad del medio en que se desarrolla, entendiendo al ser humano como un ser imperfecto que requiere apoyo y ayuda en este tipo de transes.

Este modelo integra varios conceptos teóricos que se encontraban aislados, para lograr formar una teoría integral, que permita entender el proceso de formación de un individuo desde una visión bio-psico-sociocultural. Y por ende encontrar los procesos más adecuados para lograr una atención integrada entre el medio y el individuo, inclusive, ayude a mantener el equilibrio psíquico de los padres de los pacientes que han sufrido quemaduras.

4.2. Plan analítico

Títulos y Subtítulos.

Capítulo 1 Ansiedad

- 1.1 etiología
- 1.2 Normal
- 1.3 Patológica
- 1.4 Tipos de ansiedad

Capítulo 2 Depresión

- 2.1 Tipos de depresión
- 2.2 Trastorno depresivo
- 2.3 Trastorno ansioso depresivo

Capítulo 3 modelo integrativo focalizado en la personalidad

- 3.1 definiciones
- 3.2 base teórica

Capítulo 4 Personalidad

- 4.1 Tipos de personalidades déficit relacional
- 4.2 Afectivas
- 4.3 Cognitivas
- 4.4 Comportamental
- 4.5 Déficit relacional

Capítulo 5 accidentes infantiles

- 5.1 Vínculo
- 5.1 Factores de riesgos de accidentes de niños
- 5.2 Etiología de los accidentes durante la infancia

Capítulo 6 Quemaduras

6.1 Primer grado

6.2 Segundo grado

6.3 Tercer grado

4.3. Referencias bibliográficas de la Fundamentación teórica

- CIE-10 Clasificación multiaxial de trastornos 2001 editorial panamericana Madrid España
- DÁVALOS. Pablo. Quemaduras tratamiento integral. Primera edición. 2005. Editorial global graphics. Quito Ecuador
- DE LA GARANDA. Martin. Ansiedad y angustia causas síntomas y tratamientos 1999. Ediciones pirámide. Paseo de la castellana
- OLDMAN Jhon M Autorretrato de la personalidad
- BALAREZO. Lucio Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Primera edición 2010. UNIGRAFT. Quito-Ecuador

5. Enfoque de la Investigación

- Enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo

Ya que se buscara las cualidades independientes de cada persona objeto de estudio y se cuantificara por medio de reactivos psicológicos que arrojan en cantidades los resultados buscados

6. Tipo de Investigación

- La investigación será de tipo explicativa correlacional ya que se buscara la relación que existe entre la quemadura y el desarrollo de un trastorno.

7. Construcción de las hipótesis

7.1. Planteamiento de hipótesis

- Cuanto mayor es la quemadura de los niños los padres desarrollan trastornos ansiosos depresivos o cuadros mixtos.
- El tipo de personalidad de los padres de los niños con quemaduras influye en el desarrollo de un trastorno de ansiedad, depresión o cuadros mixtos.

7.2. Identificación de variables

H1.-Variable independiente: grado de quemadura.

H1.-Variable dependiente: desarrollo de un trastorno de ansiedad, depresión, mixto.

H1.-Variable moderadora: vínculo afectivo y Grado de relación con la persona

H2.- Variable independiente: Tipo de personalidad:

H2.- Variable dependiente: desarrollo de un trastorno de ansiedad, depresión o cuadros mixtos.

H2.- Variable moderadora: Quemadura del niño.

7.3. Construcción de indicadores y medidas

Hipótesis 1

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: Grado de quemaduras.	Son lesiones tisulares agudas causadas por el contacto con un agente térmico se determinan en primero, segundo y tercer grado.	Magnitud de la superficie afectada. Sustancia con la cual sufrió la quemadura. Agente causal: líquidos hirviente, corriente eléctrica, frío, fuego, sustancias químicas	% numérica Numérica Nominal
Variable dependiente: Trastornos de ansiedad depresión y cuadros mixtos.	Depresivo: Es un trastorno del estado de ánimo, un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Ansioso: es la presencia de ansiedad fuera de los límites	Signos y síntomas que presente una persona. Llanto frecuente. Disminución de energía. Pérdida de confianza. Pérdida de peso. Dificultades de sueño.	Escala numérica: Test de Goldberg

	normales. Mixto: Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, sin predominio de ninguno de los dos.	Dolores musculares. Irritabilidad. Síntomas vegetativos Tensión.	
Variable moderadora: Vínculo afectivo.	Es la relación que guarda un padre con su hijo de cariño amor, afecto y preocupación.	Grado de relación: buena, muy buena, regular, mala.	Nominal

Elaborado por: La Autora

Tabla 2: Hipótesis 2

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: Tipo de personalidad.	Es un conjunto dinámico de características de una persona.	Tipo de personalidad evaluado por cuestionario de personalidad de la SEAPSI.	Numérica/nominal Afectivas Cognitivas Comportamentales Déficit relacional
Variable dependiente. Trastornos ansiosos depresivos o mixtos.	Un estado de enajenación mental que afecta la vida diaria. Depresivo: es un trastorno del estado de ánimo, un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Ansioso: es la presencia de ansiedad fuera de los	Tipo de trastorno desarrollado Ansioso Depresivo Ansioso-Depresivo	Nominal Probable caso o no.

	límites normales. Mixto: Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, sin predominio de ninguno de los dos.		
Variable moderadora: Tipo de quemadura del niño.	Son lesiones tisulares agudas causadas por el contacto con un agente térmico se determinan en primero, segundo y tercer grado.	Magnitud de la superficie afectada. Sustancia con la cual sufrió la quemadura Agente causal: líquidos hirvientes, corriente eléctrica, frío, fuego, sustancias químicas.	% numérica Numérica Nominal

Fuente: investigación 2011-2012 realizada en unidad de quemados en el HBO Lady Cuasapaz

8. Diseño de la investigación

8.1. Diseño cuantitativo:

8.2. Diseño cualitativo:

Ya que se buscará las cualidades independientes de cada persona objeto de estudio y se cuantificará por medio de reactivos psicológicos que arrojan en cantidades los resultados buscados

9. Descripción del procedimiento metodológico.

9.1. Población y muestra.

Se trabajará con los padres de los niños que lleguen al servicio de quemaduras del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito de enero hasta mayo del 2012.

9.1.1. Características de la población o muestra.

- Los padres que tengan un hijo ingresado en el servicio de quemaduras.

- No importa el grado de quemadura del niño para que sea objeto de estudio ya que se verificara su influencia para el desarrollo de un trastorno.

9.1.2. Diseño de la muestra

- No probabilística: ya que se tomaran en cuenta a todos los padres de los niños que lleguen al servicio de quemaduras de Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito

9.1.3. Tamaño de la muestra

Se tomaran en cuenta a todos casos cuyos hijos estén internados en el área de quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito entre los meses de enero hasta mayo del 2012 que es una población aproximadamente de entre 30 y 50 casos.

10. Métodos, técnicas e instrumentos:

Métodos: método clínico para la realización de la historia clínica y la identificación de signos y síntomas en los casos objeto de estudio

Técnicas: observación para determinar los factores que influyen dentro del medio hospitalario.

Instrumentos:

- Test de ansiedad de Hamilton
- Test de ansiedad y depresión de Sung
- Autorretrato de la personalidad
- Entrevista pautada
- Encuesta elaborada

11. Fases de la Investigación de Campo.

- Elaboración de la historia clínica a los padres de los niños que son ingresados al área de quemados de HBO Quito.
- Aplicación de reactivos psicológicos para valorar los estados de ansiedad, depresión y tipo de personalidad en los padres.
- Aplicación de una encuesta para determinar datos relevantes para la investigación.
- Realización de grupos focales para identificar la realidad del proceso psicológico con los padres.

12. Plan de Análisis de los Resultados.

- Presentación de tablas y gráficos estadísticos
- Presentación mediante el método CHI cuadrado

12. Responsables

Alumno – investigador

Lady Mariela Cuasapaz bejarano

Supervisor de Investigación

Dr. Patricio Jácome.

14. Recursos

14.1. Recursos Materiales

Copias

Mesa

Sillas

Material de oficina

14.2. Recursos Económicos

Tabla 3. Recursos económicos.

Detalle	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Copias	3000	0,05	150.00
Mesa	1	0.00	0.00
Sillas	3	0.00	0.00
Lápices	20	0.50	10.00
Esferos	20	0.50	10.00
Hoja en blanco	1000	0.05	50.00
Marcadores	10	1.30	13.00
Internet	150 horas	0.80/hora	120.00
Cámara fotográfica	1	250.00	250.00
Computador portátil	1	1500.00	1500.00
Uniformes	2	20.00	40.00
Imprevistos varios		15%	321,45
Total		2.574	

Financiamiento:

Auto financiamiento

Presupuesto aproximado

2.574 dólares

14.3 Recursos tecnológicos

Reactivos psicológicos (impresos)

Computador

Programa tecnológico para la estructuración de datos

Internet

Cámara fotográfica

15. Cronograma de actividades

Tabla 4. Cronograma de actividades.

Actividad	Oct.	Nov	Dic.	Ene	Feb.	Mar	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.
Elaboración del plan													
Presentación del plan de investigación													
Revisión bibliográfica													
Elaboración de marco teórico													
Elaboración de la encuesta													
Trabajo de campo													
Calificación de reactivos psicológicos													
Apreciación diagnóstico													
Evaluación trimestral													
Estudio de datos obtenidos													
Elaboración de informe estadístico													
Elaboración del informe final													
Entrega del informe final													

16. Bibliografía

- DÁVALOS. Pablo. Quemaduras tratamiento integral. Primera edición. 2005. Editorial global graphics. Quito Ecuador
- DE LA GARANDA. Martin. Ansiedad y angustia causas síntomas y tratamientos 1999. Ediciones pirámide. Paseo de la castellana
- BALAREZO. Lucio Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. Primera edición 2010. UNIGRAFT. Quito-Ecuador.

17. Anexos (opcional)

Se presentaran con el informe final:

- Encuestas
- Reactivos aplicados
- Fotografías
- Videos
- Documentos importantes (físico).

Fecha de presentación: 21 de diciembre del 2011

Lady Mariela Cuasapaz Bejarano
Estudiante de Quinto Año

Dr. Patricio Jácome
Supervisor

ANEXO B: GLOSARIO TÉCNICO

Aldehído: Tipo de compuesto intermedio entre un alcohol y un ácido que se forma por la oxidación de un alcohol primario y eliminación de dos átomos de hidrógeno y adición de un átomo de oxígeno. El grupo aldehído contiene -CHO.

Afección: Condición en la que se encuentra cualquiera que sufra una acción o una modificación. Este significado cubre una amplia área que coincide con la categoría aristotélica de padecer.

Afrontamiento: Son los mecanismos de defensa inconscientes que el individuo utiliza o emplea para tratar amenazas y conflictos internos.

Anancásticos: El término proviene del griego anankos, que expresa obligación, necesidad, algo que se impone, algo que limita la libertad. Es una variedad de personalidad anormal, precozmente evidenciada y constituida por núcleos pensantes dominantes y persistentes, respecto de los cuales el sujeto tiene formado juicio crítico acerca de su absurdidad, pese a lo cual no puede liberarse de ellos, resultando de esta lucha interna, ansiedad y también angustia.

Ansiedad: La palabra ansiedad viene del latín anxie-tas derivado de angere que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico muy intenso, que se manifiesta principalmente por respiración anhelante. La ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales.

Bradicinina: Polipéptido compuesto por nueve aminoácidos que se forma en las plaquetas y que se libera por acción de ciertos venenos o de la tripsina; sus efectos son similares a los de las quininas (contracción de los músculos lisos, aumento de la permeabilidad capilar, dilatación arterial, etc.).

Calicreína: Sustancia de naturaleza polipeptídica presente en el plasma sanguíneo, glándulas salivares y sudoríparas, orina y páncreas; tiene funciones hipotensoras y vasodilatadoras.

Células fagocitarias: Los fagocitos son células con capacidad fagocitaria, que pueden destruir sustancias extrañas y células envejecidas, a las que engloban con sus pseudópodos para luego digerirlas en el citoplasma.

Ciclotímica: Es un trastorno del humor similar al trastorno bipolar, aunque más leve, y que se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo que van de la hipomanía a la depresión.

Coloidosmotica: Presión osmótica ejercida por las proteínas plasmáticas (debido a que en el plasma su concentración es unas tres veces superior a la que existe en el líquido intersticial). También se la conoce como presión oncótica.

Citokinas: Son moléculas que influyen la activación, crecimiento y diferenciación de las células. Son mediadores pro-inflamatorios, que regulan la respuesta inflamatoria sistémica, jugando un rol crucial las enfermedades tiroideas autoinmunes, y modulando el desarrollo y crecimiento de las células tiroideas normales y neoplásicas. Además, son proteínas de bajo peso molecular divididas en varios grupos denominados interleuquinas.

Coagulación: Es un sistema dinámico y complejo que tiene como finalidad formar un coágulo de plaquetas y de fibrina estable que tapone la pared del vaso sanguíneo e impida la hemorragia.

Depresión: Es una enfermedad caracterizada por tristeza patológica, reducción de la energía y disminución del nivel de actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido.

Depleción: (Del latín, depletio). Disminución de la cantidad de líquidos, especialmente de la sangre contenida en la economía animal o bien acumulada en un órgano.

Digoxina: Es un glucósido cardiotónico, usado como agente antiarrítmico en la insuficiencia cardíaca y otros trastornos cardíacos.

Edema: Del griego oidéma, de oidein, engordar). Infiltración serosa de diversos tejidos y, en particular, del tejido conjuntivo, de revestimiento cutáneo o mucoso. A nivel de la piel, el edema se revela por una tumefacción indolora y sin enrojecimiento, que conserva durante algún tiempo la huella del dedo (fóvea). El edema puede infiltrar igualmente el pulmón, el cerebro, etc. El edema generalizado toma el nombre de anasarca.

Episodio maníaco: Se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

Episodio hipomaniaco: Ocurre cuando existe un periodo claro de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros comportamientos maniacos.

Esquizoide: Se dice del trastorno de la personalidad que se caracteriza por una gran indiferencia hacia las relaciones sociales, con experiencias interpersonales muy restringidas y de baja o nula expresión emocional. Desde el inicio de la vida adulta, estas personas carecen de amigos y se relacionan, casi de

forma exclusiva, con los familiares más próximos. Muestran un absoluto desinterés hacia las relaciones interpersonales en todos sus campos (familiar, laboral, sexual), lo que da lugar a un estilo de vida solitario, distante e inabordable, y a la sensación de que no tienen objetivos vitales definidos que los motiven.

Esquizotípico: Es un padecimiento de salud mental en el cual una persona tiene dificultad con las relaciones interpersonales y alteraciones en los patrones de pensamiento, apariencia y comportamiento.

Etiología: Investiga las causas u orígenes de las enfermedades, y llamamos agentes etiológicos a los factores responsables del desarrollo de un estado patológico.

Evitativo: Se dice del trastorno de la personalidad, conocido también como trastorno ansioso, caracterizado por una continua sensación de malestar en el contexto social y una gran hipersensibilidad al rechazo y a la crítica. Debido a ello la relación con los demás se restringe a aquellas situaciones que les garantizan una aceptación incondicional.

Fisiopatología: Estudio del funcionamiento de un organismo, órgano o tejido enfermo. Implica el estudio de la respuesta del individuo a la lesión, los mecanismos de producción de las enfermedades en relación a los niveles molecular, subcelular, celular, tisular, orgánico y sistémico o funcional.

Gluconeogénesis: Es la biosíntesis de la glucosa a partir de otros metabolitos ya presentes en el organismo (aminoácidos, ácidos grasos y otros). Esta glucosa es necesaria para el uso como fuente del combustible por el cerebro, los testículos, los eritrocitos y la médula del riñón puesto que la glucosa es la fuente de energía única para estos órganos.

Hipermetabólico: Es un estado incrementado del metabolismo, el hipermetabolismo ocurre a menudo con una lesión o enfermedad. Se encuentra comúnmente en los pacientes con cáncer y aquellos con trastornos de la alimentación, un estado hipermetabólico puede tener un efecto perjudicial sobre el individuo afectado.

Hiperviscosidad: Es una condición que se da cuando el flujo sanguíneo se torna más lento o se bloquea debido a que existen demasiados glóbulos rojos en la sangre. Los síntomas provocados por el aumento en la viscosidad de la sangre incluyen el sangramiento espontáneo de las mucosas, alteraciones visuales por retinopatía y síntomas neurológicos tales como dolor de cabeza, vértigo, convulsiones y coma.

Hiperalgesia: Sensación elevada a estímulos dolorosos que puede producirse luego de una lesión de los tejidos blandos que contienen NOCICEPTORES o de la lesión de un nervio periférico. La

hiperalgesia puede ocurrir tanto en el sitio del tejido dañado (hiperalgesia primaria) y en las áreas no dañadas que lo rodean (hiperalgesia secundaria).

Hipomanía: Es el término que se emplea para describir un tipo de manía leve; un estado que la persona puede asociar a una sensación de bienestar e incluso a un alto nivel productivo. Visto desde fuera, amigos y familiares pueden percibir estas oscilaciones típicas del trastorno ciclotímico, sin embargo el afectado casi siempre negará que algo funcione mal.

Ignición: Proceso en el que una sustancia arde y se quema: la ignición de un combustible.

Las interleucinas: Son un conjunto de citocinas (proteínas que actúan como mensajeros químicos a corta distancia) que son sintetizadas principalmente por los leucocitos, aunque en algún caso también pueden intervenir células endoteliales o del estroma del timo o de la médula ósea.

Leucotrienos: Son ácidos grasos derivados del metabolismo oxidativo del ácido araquidónico por la vía de la 5-lipooxigenasa.

Mastocito: Célula cebada, inmóvil, con un citoplasma muy granular y un gran núcleo. Se localiza en los tejidos conectivos junto a los capilares sanguíneos. Su función se relaciona con la respuesta inflamatoria y con los procesos alérgicos mediante la liberación de histamina, heparina y ácido hialurónico que contienen sus gránulos.

Mioglobinuria: Excreción de mioglobina en la orina a causa de una mioglobinemia procedente de la destrucción de la musculatura estriada. Las causas más frecuentes son infarto de miocardio, síndrome de aplastamiento, o de origen idiopático familiar (postesfuerzo y con fiebre alta), parálítica, etc. En formas severas puede provocar una insuficiencia renal aguda.

Necrosis: Del latín *necrōsis*, que a su vez deriva de un vocablo griego. La necrosis es la degeneración de un tejido por la muerte de sus células. Esta mortalidad es producida por la acción de un agente nocivo que genera una lesión irreparable. Puede producirse por un traumatismo, una isquemia (cuando el aporte de sangre al tejido no resulta suficiente), la acción de una sustancia química o tóxica, una infección o una cierta enfermedad.

Neutrotrófilos: Son un tipo de glóbulo blanco, de tipo de granulocito, cuya principal función es fagocitar y destruir a bacterias y participar en el inicio del proceso inflamatorio. Los neutrófilos se caracterizan por tener un núcleo lobulado y gran cantidad de gránulos y lisosomas en su citoplasma con diferentes contenidos que les permiten realizar sus funciones específicas. Existen tres tipos de glóbulos blancos: linfocitos, monocitos y granulocitos.

Opsonización: Proceso por el que las opsoninas hacen a la bacteria más susceptible a la fagocitosis por parte de los leucocitos.

Paranoide: Término utilizado para caracterizar tanto un tipo de personalidad como una variedad de esquizofrenia. En ambos casos, junto a otros rasgos definitorios, se encuentra un comportamiento presidido por la suspicacia y la desconfianza hacia quienes le rodean, motivadas por la presencia continua de ideas de perjuicio y reivindicación.

Perilesional: La piel perilesional es aquella que envuelve y rodea a la lesión, con extensiones que, la mayoría de las veces, dependen del grado de afectación, de la localización o de la magnitud del problema del que participa.

Personalidad: Es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente.

Polineuropatía: Consiste en una disfunción de una parte del sistema nervioso humano. El término polineuropatía hace referencia al compromiso simultáneo de varios nervios.

Prostaglandina: Son unas sustancias con funciones similares a las de una hormona que están presentes en muchos tejidos y fluidos del cuerpo (útero, pulmones, semen, riñones, cerebro, etc.). Existen tres tipos de prostaglandinas, según su estructura química: PGE1, PGE2 y PGE3.

Quemadura: La lesión térmica o quemadura es un tipo específico de lesión de los tejidos blandos que conlleva un daño o destrucción de la piel y/o su contenido bien por agentes físicos (calor, frío, radiaciones, electricidad), agentes químicos o agentes biológicos o cualquiera de sus combinaciones.

Subdérmico: Dícese de la estructura de un órgano que se halla situado debajo de la dermis.

Subglótica: Se habla de estenosis subglótica cuando hay una disminución u obstrucción de la luz laríngea ocasionado por un engrosamiento del área subglótica a expensas de la mucosa o bien del cartílago.

Tisular: En biología, los tejidos son aquellos materiales constituidos por un conjunto organizado de células, con sus respectivos orgánulos iguales o de unos pocos tipos, diferenciadas de un modo determinado, ordenadas regularmente, con un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario.

Trastorno: Hace referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental, o la acción y efecto de trastornar (invertir el orden regular de algo o perturbar el sentido o la conducta de alguien).

Trastorno Disocial: Se caracterizan por mostrar un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que suelen incumplir importantes normas sociales propias de su edad y vulnerar los derechos básicos de los otros.

Trastorno histriónico: Se caracterizan por una emocionalidad excesiva y gran tendencia a llamar la atención de los demás por medio de una conducta llamativa y espectacular. Buscan constantemente o exigen el elogio, apoyo y aprobación de los demás.

Tromboxano: Metabolito del ácido araquidónico, generado por la acción de la tromboxano sintetasa sobre endoperóxidos cíclicos de prostaglandina. El tromboxano A₂ es el principal tromboxano in vivo y es sintetizado por las plaquetas, cuando estas son activadas con otros compuestos agregantes. Provoca una constricción arteriolar y es un potente inductor de la agregación plaquetaria. Otro producto de los endoperóxidos, la prostaciclina, tiene efectos opuestos.

Verborreico: Verbaliza sin parar y se pierde en detalles irrelevantes.

Volemia: Se refiere a la parte de líquido extracelular que se encuentra dentro del espacio vascular, que es sensible a la acción sensora de los barorreceptores y que perfunde en forma.

Anexo C: Pruebas Psicológicas

C1: Test de Ansiedad y Depresión de Goldberg

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBER	
SUBESCALA DE ANSIEDAD	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD: > 4	
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN: > 3	
26 SUBESCALA DE ANSIEDAD	
10. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
11. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
12. ¿Se ha sentido muy irritable?	

13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).	
17. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD: > 4	
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	
10. ¿Se ha sentido con poca energía	
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	
12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)	
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN: > 3	
26 SUBESCALA DE ANSIEDAD	
10. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
11. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
12. ¿Se ha sentido muy irritable?	
13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	
17. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD: > 4	
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	

10. ¿Se ha sentido con poca energía	
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	
12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las	
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN: > 3	

C2: cuestionario de personalidad SEAPsI



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griteo	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás	
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	



	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		



CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 – 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla:

Escala										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
P	h	c	a	p	ds	i	ev	d	e	ez
	Personalidades Afectivas		Personalidades Cognitivas		Personalidades Comportamentales		Personalidades con déficit en la relación			

Anexo D: encuesta elaborada



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS ENCUESTA DE SALUD MENTAL.

Instrucciones:

Por favor lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con una **X** según corresponda a la respuesta que más se acerque a su realidad. Tome en cuenta que esta encuesta tiene el carácter de anónima.

CAPITULO I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género: F ☐ M ☐
2. Edad : _____
3. Ocupación : _____
4. Lugar de nacimiento : _____
5. lugar donde vive : _____
6. Tipo de vivienda: propia ☐ arrendada ☐ prestada ☐
7. instrucción :ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐
8. Estado civil: soltero ☐ casado ☐ viudo ☐ divorciado ☐ unión libre ☐
9. Ingresos económicos: 1 a 200 ☐ 201 a 400 ☐ 401 a 600 ☐ 601 a 800 ☐ 801 o mas ☐
10. Servicios básicos: agua ☐ luz ☐ teléfono ☐
11. Servicios adicionales: internet ☐ televisión por cable ☐ teléfono de última generación ☐
12. Cuantos miembros viven en la casa: 1 a 4 ☐ 5 a 8 ☐ 9 o mas ☐
13. Cuantas habitaciones tiene su casa : 1 a 4 ☐ 5 a 8 ☐ 9 o mas ☐
14. Su vivienda de que materia es construida : Ladrillo ☐ bloque ☐ madera ☐ adobe ☐ mixta ☐

CAPITULO II: enfermedad y reacciones psicológicas del paciente.

15. Conoce usted el grado de quemadura que tiene su hijo
SI ☐ NO ☐ CUAL _____
16. Cuando usted visita a su hijo cual es la reacción que tiene el:
TRANQUILO ☐ INQUIETO ☐ LLORA ☐ otras: _____

CAPITULO III: tipo de atención recibida

17. Como le ha tratado el personal de salud a usted.

MUY BIEN ☐ BIEN ☐ REGULAR ☐ MAL ☐

18. Como es la forma en que le comunican a usted sobre la evolución de su hijo

AMABLE ☐ CORDIAL ☐ POCO COMUNICATIVA ☐ FRIO ☐

19. La información que le dan acerca del estado de salud de su hijo ha despejado sus dudas:

MUCHO ☐ POCO ☐ NADA ☐

20. Ha tenido alguna dificultad con el personal de salud

SI ☐ NO ☐ CUAL _____

CAPITULO IV: percepción de si mismo

21. como se considera usted:

Alegre ☐ introvertido ☐ sociable ☐ extrovertido ☐ tímido ☐ otra: _____

22. cual es el concepto que tienen sus amigos de usted.

Alegre ☐ introvertido ☐ sociable ☐ extrovertido ☐ tímido ☐ otra: _____

CAPITULO V: cambios psicológicos que ha sufrido a causa de la afectación de su hijo.

23. Considera que han existido cambios en su forma de ser después del accidente de su hijo

Mucho ☐ poco ☐ nada ☐

24. Marque con una o varias X cuales han sido los cambios que usted ha experimentado mientras su hijo se encuentra hospitalizado:

Llora frecuentemente		Ha perdido interés por actividades de recreación	
Aumento del sueño		Disminución de peso	
Dificultad para dormir		Sudoraciones	
Agotamiento extremo		Dolores estomacales	
Tristeza		Dolores musculares	
Tension ado		Ausencia del periodo menstrual	
Pesadillas		Nauseas	
Aumento de peso		Necesidad de ir al baño muchas veces al día	
Dolores de cabeza		Se enoja fácilmente	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Fecha: Día____ Mes____ Año____

Anexo E: Fotografías

FOTOGRAFÍAS:

Pasillo del HBO donde duermen los padres de los niños con quemaduras hasta que les den el alta



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Paciente con quemaduras de 3er grado por fuego directo de 10 años de edad que permanece internado alrededor de 3 meses consecutivos.



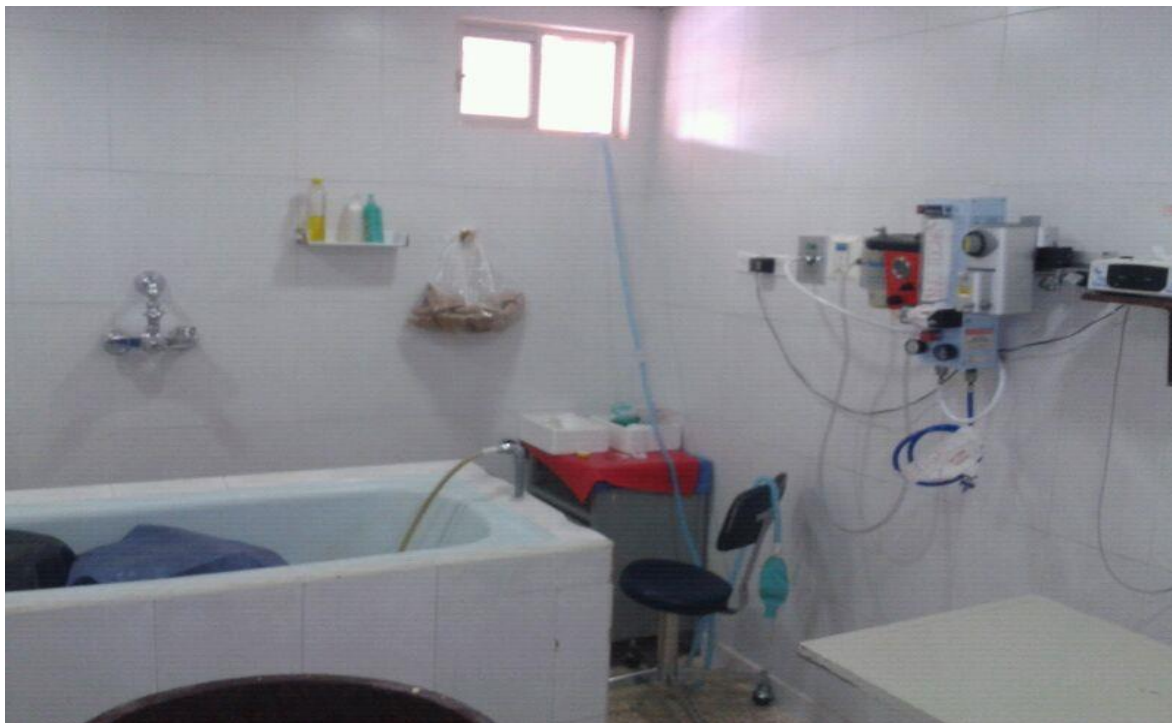
Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Paciente de 18 meses de edad, sufrió quemaduras de 2do y 3er grado S/P por contacto con líquido hirviendo en casa y cubrió el 50% de su cuerpo



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

Sala de procedimientos de curaciones, limpiezas y baños para los niños de la unidad de quemados



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz



Fuente: Investigación 2011 – 2012 realizada en el Área de Quemados del HBO Lady Cuasapaz

TABLA DE CUADROS

Tabla 1: Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz según género.	67
Tabla 2: Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz según rango de edad.	68
Tabla 3: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de Quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según ocupación.	69
Tabla 4: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según procedencia.	70
Tabla 5: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según lugar de residencia.	72
Tabla 6: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según tipo de vivienda.	74
Tabla 7: Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según instrucción.	75
Tabla 8: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según estado civil.	76
Tabla 9: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según ingresos económicos de la familia.	77
Tabla 10: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según servicios básicos que dispongan.	78
Tabla 11: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según servicios adicionales que dispongan.	79
Tabla 12: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según número de miembros que tiene la familia.	80
Tabla 13: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según número de habitaciones con las que cuenta la vivienda.	81
Tabla 14: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según tipo de material de la casa.	82

Tabla 15: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según trato del personal médico.....	83
Tabla 16: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según forma de informar el diagnóstico del paciente.....	84
Tabla 17: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según satisfacción de la información.	85
Tabla 18: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según estado emocional del niño al momento de la visita.	86
Tabla 19: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según dificultades con el personal médico.....	87
Tabla 20: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según percepción de sí mismo.....	88
Tabla 21: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según percepción de los demás de sí mismo.	89
Tabla 22: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según cambios experimentados a causa de la hospitalización del menor.	90
Tabla 23: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según conocimiento del grado de quemadura de los niños.	91
Tabla 24: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según el grado de quemadura de los niños.....	92
Tabla 25: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según presencia de síntomas ansiosos al momento del ingreso del paciente	93
Tabla 26: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según nivel socio-económico.	94
Tabla 27: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según resultados obtenidos con la aplicación de test de Goldberg.....	95
Tabla 28: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según estilos de personalidad.....	96
Tabla 29: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según factor etiológico de la quemadura.....	98

ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS POR MEDIO DEL TEST DE CHI CUADRADO. 99

Tabla 30: Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el pre-test 100

Tabla 31: Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el post-test. 102

ANÁLISIS BI-VARIADO HIPÓTESIS I 104

Tabla 32: Correlaciones que se presentan entre el grado de quemadura y la aplicación del pre-test de Goldberg de ansiedad y depresión aplicado a los padres de los niños con quemaduras del HBO104

Tabla 33: Correlaciones que se presentan entre el grado de quemadura y la aplicación del pre-test de Goldberg de ansiedad y depresión aplicado a los padres de los niños con quemaduras del HBO104

ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA LA COMPROBACION DE HIPOTESIS POR MEDIO DEL TEST DE CHI CUADRADO. 106

Tabla 34: Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis II: la influencia de la personalidad en el desarrollo de un cuando ansioso depresivo y mixto. En la aplicación del test de Goldberg durante el pre-test. 107

Tabla 35: Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis II: la influencia de la personalidad en el desarrollo de un cuando ansioso depresivo y mixto. En la aplicación del test de Goldberg durante el post-test. 108

ANÁLISIS BI-VARIADO 109

Tabla 36: Correlaciones que existe entre los estilos de personalidad y el grado de quemaduras con el pre-test..... 109

Tabla 37: Correlaciones que existe entre los estilos de personalidad y el grado de quemaduras con el post-test. 110

Tabla 38: Correlación que existe en el grado de Quemadura y Vínculo durante el Pre-test. 111

Tabla 39: Correlación que existe en el grado de Quemadura y Vínculo durante el Post-test.0112

TABLA DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1: Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz según género	67
Gráfico 2: Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico Baca Ortiz según rango de edad.....	68
Gráfico 3: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de Quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según ocupación.....	69
Gráfico 4: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según procedencia.....	71
Gráfico 5: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según lugar de residencia.....	73
Gráfico 6: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según tipo de vivienda.....	74
Gráfico 7: Padres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según instrucción.....	75
Gráfico 8: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según estado civil.....	76
Gráfico 9: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según ingresos económicos de la familia.....	77
Gráfico 10: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según servicios básicos que dispongan.....	78
Gráfico 11: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según servicios adicionales que dispongan.....	79
Gráfico 12: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según número de miembros que tiene la familia.....	80
Gráfico 13: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según número de habitaciones con las que cuenta la vivienda.....	81
Gráfico 14: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según tipo de material de la casa.....	82

Gráfico 15: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según trato del personal médico.....	83
Gráfico 16: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según forma de informar el diagnóstico del paciente.....	84
Gráfico 17: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según satisfacción de la información.	85
Gráfico 18: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según estado emocional del niño al momento de la visita.	86
Gráfico 19: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según dificultades con el personal médico.....	87
Gráfico 20: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según percepción de sí mismo.....	88
Gráfico 21: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según percepción de los demás de sí mismo.	89
Gráfico 22: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz: cambios experimentados a causa de la hospitalización del menor.....	90
Gráfico 23: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según conocimiento del grado de quemadura de los niños.	91
Gráfico 24: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según el grado de quemadura de los niños.....	92
Gráfico 25: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según presencia de síntomas ansiosos al ingreso del paciente	93
Gráfico 26: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según nivel socio-económico.	94
Gráfico 27: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según resultados obtenidos con la aplicación de test de Goldberg.....	95
Gráfico 28: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según estilos de personalidad.....	97
Gráfico 29: Padres de los pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz según factor etiológico de la quemadura.....	98

Gráfico 30: Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I: relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el pre-test. 101

Gráfico 31: Pruebas de chi-cuadrado para la comprobación de la hipótesis I que establece la relación entre el grado de quemadura y el desarrollo de cuadros ansiosos, depresivos o mixtos con el post-test. 103